

Le rapport final WeCare

**Programme "Plan interfédéral
pour l'aide et les soins intégrés"**



Situation du rapport final WeCare

Contexte du présent rapport

La Belgique réfléchit depuis plusieurs années à la manière de relever les **défis de notre système de soins de santé**: l'évolution de la demande de soins, la numérisation, l'empowerment du patient, les nouvelles possibilités de traitement, la pénurie des professionnels de la santé, la nécessité de maîtriser le budget des soins, la nouvelles répartition des compétences entre les pouvoirs publics... Cette réflexion s'accompagne d'une aspiration concrète à aligner les soins sur les principes du Quintuple Aim (**5AIM**)¹ :

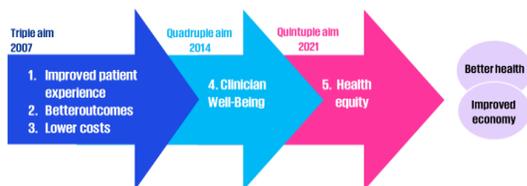


Figure 1 : l'évolution des 5AIM²

La question est de savoir comment organiser autrement les soins de santé de manière à mettre le **patient plus au centre**. Le concept d'**aide et de soins intégrés (ASI)** est l'un des fers de lance de cette approche. L'OMS définit officiellement l'aide et les soins intégrés comme suit :

“ L'aide et les soins intégrés signifient que les services de santé sont organisés de manière à ce que les personnes perçoivent une continuité dans la prestation de soins en ce qui concerne aussi bien la promotion de la santé que la prévention, le diagnostic, le traitement, la gestion des pathologies, le rétablissement et les services palliatifs. L'aide et les soins intégrés sont coordonnés par différents niveaux et branches et vont au-delà du seul secteur de la santé. Les soins sont également alignés sur les besoins que les personnes ressentent dans leur vie. ”

Dès 2015, la Conférence Interministérielle réunissant les ministres de la Santé publique des entités fédérées et du gouvernement fédéral avait approuvé un Plan conjoint en faveur des malades chroniques – De l'aide et des soins intégrés pour une meilleure santé. Ce plan a notamment engendré une série de projets pilotes, toujours en cours à l'heure actuelle.

Il subsiste encore de questions sur la manière de leur donner vie. Malgré l'existence de guides, directives ou d'exemples concrets de réalisations à l'étranger, il n'existe pas encore de recette unique propre à la Belgique. Les nombreux prestataires de soins belges sont si divers qu'ils possèdent chacun leur propre vision et leurs propres intérêts sur leur manière de faire l'aide et les soins intégrés. À cela s'ajoute le fait qu'en Belgique les soins de santé se déclinent différemment selon le niveau de compétences au fédéral et dans les régions. Dans ce paysage complexe, il **n'est donc pas si simple de trouver une recette claire à la belge, et il semble de plus en plus nécessaire d'élaborer une stratégie commune de changement pour l'aide et les soins intégrés**.

*La terminologie utilisée diffère selon les entités fédérées ; dans le texte français, le terme "l'aide et les soins intégrés" est utilisé, tandis que dans le texte néerlandais, le terme "geïntegreerde zorg" est utilisé à cette fin qui englobe les domaines de « zorg » et « welzijn ». Pour la Wallonie, le terme "accompagnement" est utilisé pour « welzijn ». Dans la Communauté germanophone, on utilise le terme "Gesundheitsversorgung" pour « zorg en welzijn », et le terme "Integrierte Versorgung" pour « geïntegreerde zorg ».

C'est pourquoi, en 2022, l'idée a été lancée de créer un **Plan interfédéral (PIF) Aide et Soins intégrés avec les ambitions communes et les forces unies** du cabinet Vandenberghe, de l'Institut national de l'assurance maladie et invalidité (INAMI) et du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE). Ces acteurs souhaitaient un programme poursuivant trois finalités :

- 1 Le soutien d'un projet de plan interfédéral (PIF) Aide et Soins intégrés
- 2 La création d'une boîte à outils à l'appui de l'aide et des soins intégrés
- 3 Le soutien au niveau méso dans la dynamique de changement vers l'aide et les soins intégrés

Le point de départ est qu'il s'agit de tenir compte le plus possible du « caractère interfédéral », de la réalité belge et de la répartition des compétences dans notre pays. Il fallait donc que l'approche implique le plus possible les entités fédérées.

Le **consortium « WeCare »**, composé de Université Catholique de Louvain, de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et des cabinets de conseil KPMG et WhoCares?, a été sélectionné en juin 2022 en vue d'apporter un soutien externe en la matière.

La réalisation du programme applique une approche par phases (voir également ci-dessous), avec une phase exploratoire visant à capter et à étudier les éléments existants et à établir des liens avec les parties prenantes et une deuxième phase de création concrète dans le sens d'un projet de PIF. La dernière phase sera l'implémentation du programme et ne démarrera que lorsqu'un projet de PIF sera effectivement disponible.



Situation du rapport final WeCare

Contexte du présent rapport

Le document présent **concerne le rapport final de la mission réalisée par le consortium WeCare dans le cadre du programme du Plan Interfédéral de l'Aide et des Soins Intégrés** à la demande du Cabinet Vandembroucke, l'INAMI, SPF SPSCAE.

Ce rapport final **est composé de deux parties**, à savoir:

- **La partie A** qui correspond au **premier rapport intermédiaire**. À l'automne 2022, après l'achèvement de la première phase du programme, le premier rapport intermédiaire a été remis à l'INAMI et aux groupes cibles qu'il souhaitait impliquer en tant que clients. Ce rapport comprend:
 - Perspectives, conclusions et recommandations possibles pour la dynamique de changement vers les soins intégrés dans le cadre du plan interfédéral d'aide et de soins intégrés acquis après la première phase du programme.
 - Une vue d'ensemble des éléments constitutifs potentiels d'un plan interfédéral d'aide et de soins intégrés, également appelés les 13 thèmes liés à l'aide et les soins intégrés. Pour chaque thème, des pistes possibles pour la poursuite de la trajectoire en 2023 ont été identifiées, des instruments pertinents qui pourraient faciliter cette trajectoire ont été nommés et des opportunités pour l'accompagnement de la transition en 2023 des trois groupes de projets fédéraux (partenariats ASI, projets du protocole 3 et la convention de soins psychologiques de première ligne) ont été décrites.
 - Une explication détaillée des différents éléments constitutifs, soit 13 thèmes, chaque thème se concentrant sur la description générale, les points de vue des personnes clés dans la réalisation de l'aide et les soins intégrés et les expériences de la pratique.
 - Un chapitre détaillé sur les idées et les besoins recueillis en termes d'outils de terrain, ainsi que sur les outils potentiellement pertinents et ceux sur lesquels l'accent pourrait être mis dans le contexte de l'évolution vers l'aide et les soins intégrés et la mise en œuvre de 5AIM.

La partie B, qui fait référence au **deuxième rapport intermédiaire**, décrit l'état d'avancement de la deuxième phase du programme. Elle rassemble diverses réflexions sur l'aide et les soins intégrés en Belgique dans les domaines suivants :

- L'aide et les soins intégrés au niveau micro, à savoir les soins autour (et avec) de la personne, où l'importance du travail interdisciplinaire est soulignée. Il présente également des réponses possibles aux défis posés par l'amélioration de la continuité des soins et de l'aide, plus particulièrement dans le contexte des parcours de soins existants, en cours d'élaboration ou à venir, et des soins coordonnés pour la santé et le bien-être.
- L'organisation de l'aide et les soins intégrés au niveau locorégional, ou niveau méso. La manière dont l'organisation de ce niveau peut soutenir l'évolution vers l'aide et les soins intégrés et 5AIM est expliquée en détail sur la base de différents points de départ, de la forme de l'unité, des missions possibles de cette unité et des partenaires impliqués à ce niveau.
- Aide et soins intégrés facilités par le niveau macro, plus précisément quels sont les outils/instruments numériques actuels et futurs nécessaires à l'opérationnalisation de l'aide et les soins intégrés sur le terrain.
- La valeur ajoutée de la coopération structurelle avec accompagnement de la gouvernance interfédérale au niveau macro pour le suivi de l'aide et les soins intégrés en Belgique

Le deuxième rapport intermédiaire fournit des informations de base à partir desquelles des accords interfédéraux concrets ont été élaborés en coopération avec les entités fédérées, accords qui ont ensuite été traduits en un protocole d'accord.

Ce protocole d'accord a été approuvé le 8 novembre 2023 par la Conférence Interministérielle Santé Publique. Il est accessible par [ce lien](#).

Premier rapport intermédiaire

Partie A

*La partie A du rapport final reflète **la première phase du programme du plan interfédéral pour l'aide et les soins intégrés, qui s'est déroulée en 2022**. Bien que certains contenus aient probablement évolué, le contenu n'a délibérément pas été modifié afin de conserver une image claire des progrès réalisés au cours de la phase 1.*

Situation du premier rapport intermédiaire

Objectif de la première phase exploratoire et du présent rapport

Dès la première phase du projet, **un certain nombre de défis** sont apparus rapidement, par exemple :

- Il existe déjà de nombreux rapports, notes, déclarations de vision etc. autour de l'aide et des soins intégrés. Une étude sur l'aide et les soins intégrés avait déjà été lancée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) qui a donné lieu à un rapport dans le courant de notre première phase. Le programme du PIF doit bien entendu venir **compléter** cette démarche.
- Des **parties prenantes nombreuses et variées**, et désireuses de se faire entendre (voir l'inventaire des parties prenantes à l'annexe 3).
- Différentes perspectives à différents niveaux de pouvoir qui font que la **transparence** sur le contenu et l'approche du trajet était cruciale.
- **Trouver un équilibre entre prendre le temps et avoir le temps** : les points évoqués ci-dessus invitent à une réflexion poussée prenant le temps nécessaire, mais l'objectif est de disposer d'ici fin 2023 d'ingrédients clairs pour un projet du plan interfédéral, de sorte que le temps n'est pas infini.
- **Trouver un équilibre entre la multitude** d'éléments et de questions liés à l'aide et les soins intégrés, sachant que tout est lié, et la **nécessité de définir des composants gérables susceptibles** de former une base réaliste pour les choix de politique et les choix politiques à venir.
- **Concilier la demande d'un accompagnement dans la transition**, qui devrait commencer en 2022-2023 pour les projets en cours, et le fait que **le PIF sera encore longtemps en cours d'élaboration jusque fin 2023**. Il faut donc « construire le pont en même temps qu'on le traverse », ce qui nécessite une harmonisation rigoureuse et une flexibilité mentale constante.

Au vu de ce défi, il a été décidé dès le départ d'approcher le projet du plan interfédéral comme suit :

- a) une démarche **évolutive**
- b) une démarche dans laquelle une certaine **asymétrie** peut, voire doit exister entre les entités fédérées en fonction des différences réelles entre les systèmes passés et actuels et les initiatives actuelles et futures en matière d'aide et de soins intégrés.
- c) une démarche dans laquelle la **focalisation** pourrait bien être la clé du succès



La première phase du projet (juin-décembre 2022) s'est donc efforcée d'obtenir une image plus claire des composants pertinents possibles pour réaliser l'aide et les soins intégrés en Belgique et, surtout, de ce qui pourrait constituer le fondement d'un cadre d'accords concret. Afin d'éviter de s'enliser dans des considérations théoriques, il a été décidé de **faire autant que possible l'inventaire des positions et des sensibilités des différentes parties prenantes**. À cette fin, il a été décidé d'utiliser une **combinaison de sources** en phase avec les différentes dimensions partielles de la mission :



Pour une présentation plus détaillée de l'approche, nous renvoyons au **chapitre 2 : Comment nous en sommes arrivés là : approche**.



Ce premier rapport intermédiaire vise à **communiquer les résultats de la première phase**, c'est-à-dire

que ce rapport ne rend pas compte de la situation actuelle (« state of play ») de l'aide et des soins intégrés en Belgique, mais qu'il capte plutôt les observations suivantes :

- Premières observations concernant les aspects importants possibles au niveau du contenu, sur la base des avis et des réflexions des décideurs politiques et administratifs et des représentants du comité d'accompagnement, complétés par des acteurs faisant partie du comité d'assurance, des administrations et de partenaires du secteur du bien-être, la perspective des patients / des aidants, les experts du milieu des soins de santé...
- Expériences du terrain sur la base d'ateliers avec des projets en cours qui expérimentent parfois déjà depuis des années avec l'aide et les soins intégrés ou certains aspects de l'aide et des soins intégrés.
- Premières réflexions concernant une boîte à outil éventuelle pour l'aide et les soins intégrés
- Sur cette base, nous avons formulé des conclusions et des recommandations pour la suite du trajet.

Situation du premier rapport intermédiaire

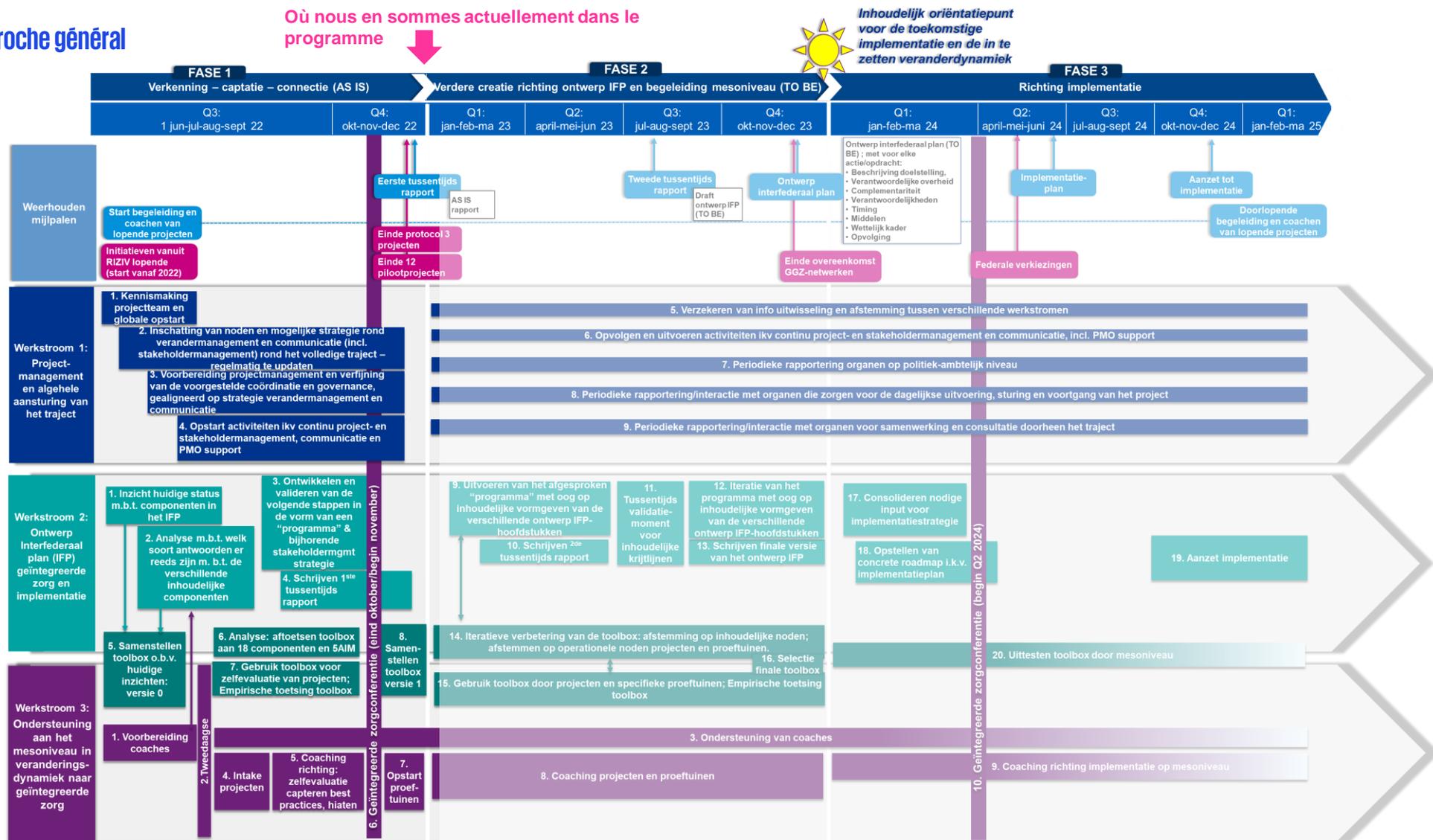
Approche suivie – plan d’approche général

Ce chapitre présente l’approche suivie dans le cadre de la phase 1 du programme.

Au début du soutien externe, le travail est parti d’un plan d’approche établi avec une sous-division claire en différents flux de travail – illustré ici ci-contre.

Cette idée d’approche a ensuite été concrétisée et mise en pratique dans le courant du projet en concertation avec le pouvoir adjudicateur.

Les pages indiquent comment cela s’est traduit dans la pratique.



Situation du premier rapport intermédiaire

Approche suivie - Phase 1 du programme en pratique

Le plan d'approche original a été traduit dans la pratique de manière intégrée durant la première phase du programme. Les contributions recueillies depuis les différents flux de travail constituent le fondement de ce premier rapport intermédiaire. Le lecteur trouvera ci-dessous une vue d'ensemble de la configuration précise. L'annexe 1 présente une description détaillée de l'approche suivie.

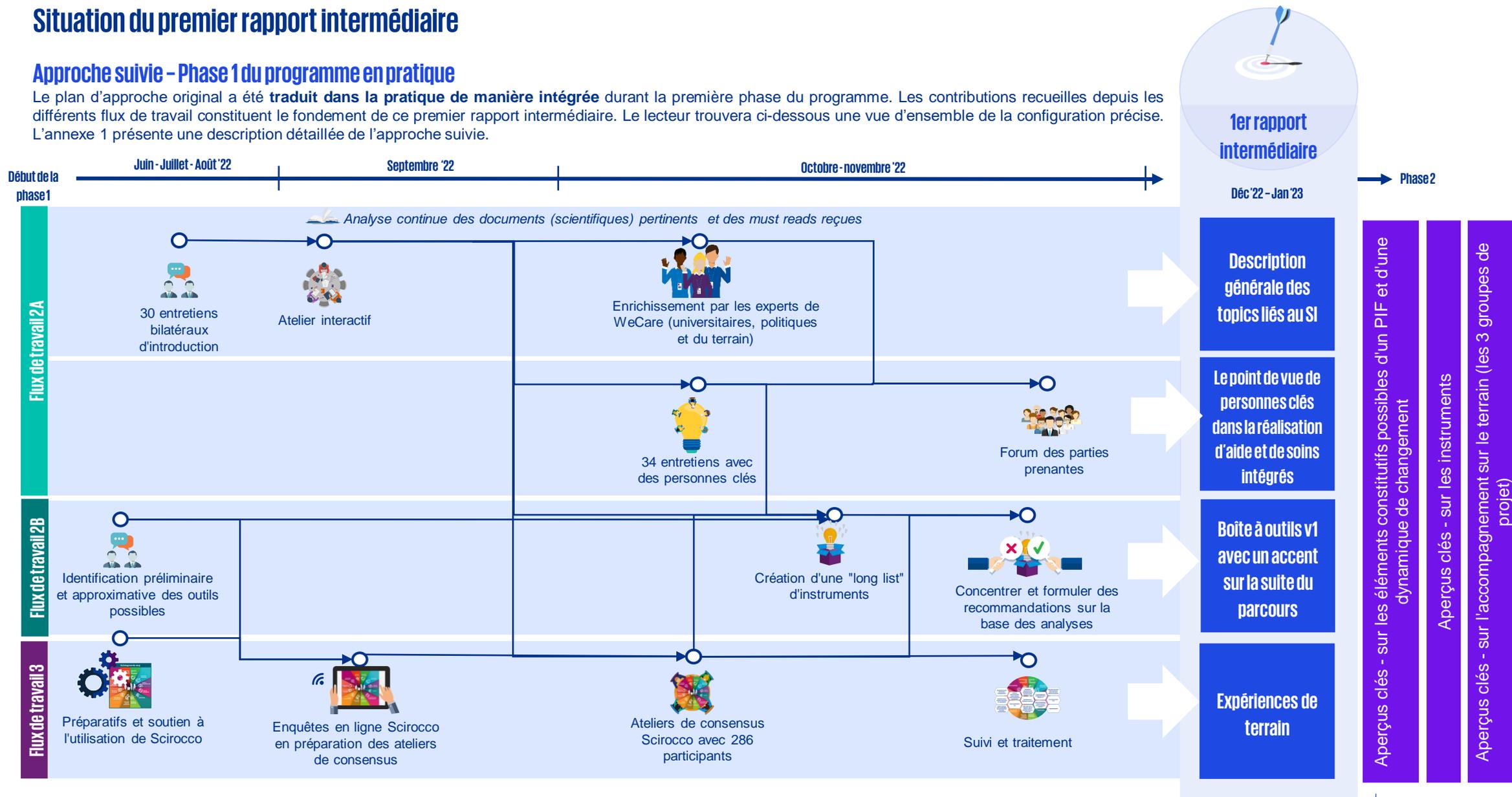


Table des matières Partie A

Les perspectives que peut offrir ce rapport

Guide de lecture :

Tout au long du rapport intermédiaire, il est systématiquement précisé s'il s'agit d'un :

- « **Chapitre récapitulatif** » : chapitre contenant des observations récapitulatives et des conclusions (cf. chapitre 1 et 2)
- « **Chapitre détaillé** » : chapitre abordant certains éléments plus en profondeur (cf. chapitres 3 et 4)

A1

Vers une dynamique de changement dans le cadre d'une proposition du Plan Interfédéral Aide et Soins Intégrés

P. 9

A2

Vers des composantes pertinentes potentielles pour la proposition du Plan Interfédéral Aide et Soins Intégrés

P. 19

A3

Gros plan sur 13 thèmes avec des observations provenant d'horizons divers

P. 29

A4

Gros plan sur la boîte à outils

P. 68

A5

Annexes

P. 83

A1

Vers une dynamique de changement dans le cadre d'une proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Ce chapitre présente un aperçu des observations, des conclusions et des constats transversaux et contient l'essence du rapport intermédiaire. Le contenu n'a délibérément pas été modifié en fonction des derniers développements (en 2023).

*Chapitre
récapitulatif*

Vers une dynamique de changement dans le cadre d'une proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Vue d'ensemble des constats et recommandations possibles

L'approche suivie a abouti à de nombreuses observations de fond. Celles-ci sont présentées en détails aux chapitres 2 et 3. La question est aussi de savoir comment traduire ce contenu en une dynamique de changement. Cette dynamique devra mener à la création d'une base durable pour l'avenir.

Dans ce chapitre, nous nous concentrons sur ce deuxième aspect : quels sont les observations et constats récapitulatifs, et quelles sont les conclusions et recommandations qui en découlent? Et ce, du point de vue de la stratégie de changement, avec un focus particulier sur 2023. Pour une explication approfondie de ces observations, nous renvoyons le lecteur aux chapitres suivants.

En essence

Les 7 constats principaux

1. Les 13 thèmes identifiés sont généralement perçus comme complets et sont tous considérés comme importants pour l'évolution des SI. Tous les thèmes ne sont pas pour autant considérés comme des leviers d'action cruciaux pour prendre des mesures à court terme en faveur des SI.
2. Pour chacun des thèmes, il est possible d'identifier les prochaines étapes, des « pistes » à suivre pour 2023. Celles-ci sont toutefois de nature différente pour chaque thème.
3. Les parties prenantes semblent envisager différents rôles pour les pouvoirs publics (au sens large). Elles considèrent parfois que les choses doivent se passer sur le terrain et n'attendent (ou ne tolèrent) pas leur intervention. Dans d'autres cas, elles attendent au contraire une plus grande présence ou davantage de direction de leur part.
4. L'acceptation commune et la prise de conscience collective de certains termes et définitions et le « langage commun » qui en résulte dans le cadre des SI ont encore un long chemin à parcourir.
5. Le projet du PIF suscite généralement des sentiments mitigés, mais reste ouverts dans le sens où les acteurs de terrain ont besoin d'un acteur qui rassemble les différentes pièces du puzzle. Ce momentum est une opportunité à saisir pour construire les prochaines étapes.
6. Cela ne signifie évidemment pas qu'il règne une unanimité sur tous les éléments de fond ni qu'il n'y ait pas de voix critiques. On observe cependant une forte demande sur le terrain (niveau micro) de direction claire depuis le niveau macro.
7. Malgré l'importance des différents thèmes, et du fait de cette importance, il est souvent suggéré de travailler par phases pour avancer.

A partir de ces constats, nous émettons des recommandations pour les prochaines étapes ainsi que pour instiller une dynamique de changement en général.

Afin de pouvoir apporter la nuance nécessaire, nous les présentons plus en détail aux pages suivantes.

Vers une dynamique de changement dans le cadre d'une proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Constat 1

Les 13 thèmes identifiés sont généralement perçus comme complets et sont tous considérés comme importants pour l'évolution des SI.
Tous les thèmes ne sont pas pour autant considérés comme des leviers d'action cruciaux pour prendre des mesures à court terme en faveur des SI.

Sur la base des exercices quantitatifs préparatoires (voir l'annexe 8B), les personnes clés estiment que tous les thèmes sont importants (avec quelques nuances entre les parties prenantes). La contribution qu'elles pensent pouvoir y apporter indique toutefois des variations assez importantes entre les différents groupes de parties prenantes. On peut ajouter à ce constat les conclusions des enquêtes qualitatives auprès des personnes clés (voir l'annexe 8A), des ateliers Scirocco des trois groupes de projet ainsi que la récente étude du KCE intitulée « Vers des soins (plus) intégrés en Belgique »¹.

Sur la base de cette combinaison de sources, nous constatons que, globalement, 5 à 6 thèmes sont toujours considérés comme prioritaires, tels les *leviers les plus importants dans l'évolution vers les SI*. Ces leviers sont les suivants (sans ordre particulier) :

- Thème 1. L'organisation des soins et du soutien au niveau locorégional ;
- Thème 4. Concrétisation du processus de soins / du trajet de soins / du parcours de soins / de la planification des soins, y compris la coordination des soins et de l'aide et le case management ;
- Thème 6. Financement de l'aide et des soins intégrés à différents niveaux répondant au Quintuple AIM ;
- Thème 10. Outils numériques à l'appui du processus de soins : partage électronique de données et plateforme numérique pour la collaboration multidisciplinaire ;
- Thème 13. Gestion de l'intégration ;
- Thème 3. Organisation, renforcement et maintien de capacités de soins (multidisciplinaires) adaptées aux besoins, y compris le développement des compétences.

Les autres thèmes se voient attribuer un **rôle de levier moins important** pour diverses raisons, à savoir :

- Parce que les répondants estiment qu'ils seront très probablement facilités par l'action menée sur les thèmes susmentionnés (p. ex. « culture des SI » considérée plutôt comme le résultat d'un travail dans d'autres domaines)
- Parce que le thème concerné ne semble pas générer d'actions claires contribuant réellement à faire avancer l'évolution vers les SI.



Conclusions/recommandations

- Cela indique qu'une certaine attention pourrait être accordée à la rédaction d'une proposition de PIF.
- Il convient à cet égard de tenir compte de la nuance suivante : la première phase du programme a touché un nombre limité de parties prenantes citoyenne, des patients. Lors de la phase suivante, une attention supplémentaire sera par conséquent accordée à la prise en considération de leur point de vue.

Vers une dynamique de changement dans le cadre d'une proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Constat 2

Pour chacun des thèmes, il est possible d'identifier différentes étapes suivantes, des « pistes » (ou positionnements) pour 2023 (voir le chapitre 2) ; celles-ci sont toutefois de nature différente pour chacun des thèmes.

Au chapitre 2, nous esquissons les conclusions par thème et nous les associons aux étapes suivantes possibles pour 2023.

On constate à cet égard qu'il serait peut-être possible de traiter les thèmes d'une façon légèrement différente pour les étapes suivantes. Nous présentons cette suggestion ci-dessous. Pour plus de détails, veuillez vous référer au chapitre 2.

Attention, la distinction opérée ci-dessous ne constitue pas un classement par ordre d'importance, mais uniquement une différence d'approche possible pour 2023. Autrement dit, chacun des thèmes pour la proposition de Plan interfédéral sera abordé mais leur structure, l'approche ou le positionnement dans le temps pourraient varier.

- Il semble exister un certain nombre de thèmes susceptibles de former le fondement d'un prochain PIF. Ceux-ci doivent trouver un consensus. Il s'agit de la définition d'éléments très concrets. C'est par exemple le cas des thèmes 1, 13, 2, 3 et 4.

Positionnement possible d'un projet de PIF.	Thèmes
Fondement crucial pour le contenu d'un cadre en vue de susciter un changement au niveau micro et pour lesquelles des accords de fond interfédéraux sont nécessaires*	1. L'organisation de soins et du soutien au niveau locorégional 13. Gestion de l'intégration 2. Intégration horizontale et verticale des soins de santé (cf. continuité des soins) 4. Concrétisation du processus de soins / du trajet de soins / du parcours de soins / de la planification des soins, y compris la coordination des soins et de l'aide et le case management 3. Organisation, renforcement et maintien de capacités de soins (multidisciplinaires) adaptées aux besoins, y compris le développement des compétences

*Rem. : pour certains groupes-cibles, parmi lesquels les personnes souffrant de pathologies rares, une approche planifiée spécifique sera nécessaire.

- Nous relevons deux thèmes susceptibles d'avoir un impact important sur le terrain, à savoir les thèmes 6 et 10. Il s'agit clairement de thèmes dont les acteurs de terrain attend qu'ils soient traités et qu'ils facilitent leur travail au quotidien. Mais avant que cet impact puisse se faire sentir, il faut que différents acteurs se réunissent au niveau méso et/ou au niveau macro et concluent des accords, ce qui est jugé complexe. Ces deux thèmes sont par conséquent très concrets et susceptibles d'avoir un impact important, mais il existe aussi un risque de blocage s'il s'avère que les acteurs concernés ne se mettent d'accord.

Positionnement possible d'un projet de PIF.	Thèmes
Leviers nécessaires et essentiels pour le changement au niveau micro qui seront surtout bloquants s'ils ne sont pas traités	6. Financement de l'aide et des soins intégrés à différents niveaux répondant au Quintuple AIM 10. Outils numériques à l'appui du processus de soins : partage électronique de données et plateforme numérique pour la collaboration multidisciplinaire

Vers une dynamique de changement dans le cadre d'une proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Constat 2 (suite)

Il est possible d'identifier différents types de pistes pour 2023, et ces pistes semblent être de nature différente pour les différents thèmes.

- Pour les thèmes 5 et 7, les parties prenantes se demandent quelles actions peuvent être lancées concrètement.
 - La culture (thème 5) semble être perçue davantage comme le résultat de l'application des SI. Cela pourrait donc servir de point d'orientation d'un PIF futur.
 - En ce qui concerne la gestion de la performance (thème 7), la vision n'est peut-être pas encore suffisamment concrète pour les parties prenantes.

Positionnement possible d'un projet de PIF.	Thèmes
Des points d'orientation , une précision supplémentaire de la vision et une définition des ambitions sont nécessaires	5. Culture d'aide et de soins intégrés 7. Performance du système d'aide et de soins intégrés

- L'importance de certains thèmes est reconnue dans l'absolu, mais il semble nécessaire de clarifier l'un ou l'autre point avant de pouvoir envisager des accords concrets dans un projet de PIF :
 - Pour les thèmes 8 et 11, il pourrait être indiqué d'intégrer encore plus la perspective du public-cible concerné (patient, citoyen, réseau informel).

Positionnement possible d'un projet de PIF.	Thèmes
Thèmes fondamentaux , mais une vision encore plus claire est nécessaire, p. ex. sur la base d'une consultation du public-cible concerné	8. Concrétisation des aspects « patient au centre » et autonomisation (« empowerment ») : offre de soutien individuel et collectif à une personne dans son contexte 11. Soutien du réseau informel d'une personne dans son contexte au niveau individuel comme au niveau du groupe

- Pour les thèmes 9 et 12, il semble également nécessaire de définir plus précisément la vision. Un élément régulièrement avancé à cet égard est qu'il serait possible de mener une réflexion au niveau local parallèlement aux accords éventuels au niveau macro.

Positionnement possible d'un projet de PIF.	Thèmes
Thèmes moins centraux pour les SI et pour lesquels la perspective locale sera importante pour lancer le changement	9. Promotion de la santé et prévention des maladies dans le cadre de l'aide et des soins intégrés 12. soins de santé dans un contexte plus large



Conclusions/recommandations

- Tout comme pour le constat 1, cela souligne la possibilité de mettre l'accent sur la manière de gérer chacun des thèmes de fond dans la perspective d'un PIF.

Vers une dynamique de changement dans le cadre d'une proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Constat 3

Les parties prenantes semblent envisager différents types de rôles pour les pouvoirs publics (au sens large). Elles considèrent parfois que les choses doivent se passer sur le terrain et n'attendent (ou ne tolèrent) que peu d'intervention de leur part. Dans certains cas, elles attendent au contraire une plus grande présence ou davantage de direction des pouvoirs publics.



Conclusions/recommandations

Il semble approprié d'aborder correctement les différents rôles. Cela pourrait éventuellement aider à clarifier les responsabilités dans le processus, qui sont nécessaires à la construction d'une proposition de PIF. De cette façon, un véritable travail peut également être effectué ensemble.

On peut envisager les rôles suivants – exemple :

- **Initiateur/moteur** : la personne qui prend l'initiative et qui lance le changement.
- **Coordinateur / facilitateur** : la personne qui crée les critères cadres, établit et maintient des liens afin de permettre la réalisation des activités de changement.
- **Réalisateur** : la personne qui accomplit les tâches de changement prescrites.

Vers une dynamique de changement dans le cadre d'une proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Constat 4

L'acceptation collective et partagée de certains termes et définitions, ainsi qu'un " langage commun " dans le contexte des SI, ont encore du chemin à parcourir.

Nous entendons d'une part la **demande d'un langage commun** avec des termes et définitions clairs et partagés. D'un autre côté, il existe de nombreuses définitions, p. ex. les définitions validées au niveau international (y compris par l'OMS, voir ci-contre). Quelques exemples de concepts prêtant souvent à confusion :

- Que sont l'aide et les soins intégrés ? Quelle est la définition suivie ? Que recouvrent précisément les soins intégrés ? Et qu'est-ce qui n'en fait pas partie ? Quelle en est l'ampleur ? Où se situent les limites ?
- Qui est la cible de l'aide et des soins intégrés ? Qui est le « patient » dans ce contexte ? Dans quels cas l'aide et les soins intégrés entrent-ils « en vigueur » ? Quand ne sont-ils pas d'application ?
- Quels sont les professionnels des soins qui y contribuent ? Et ceux qui n'y contribuent pas ? À quel moment (ou non) ?
- Qu'entend-on par trajectoire de soins, trajet de soins, planification des soins, coordination des soins et de l'aide, case management ?

En Belgique, des documents / documents d'accord ont déjà été élaborés pour certains éléments. L'exemple relatif à la coordination des soins et de l'aide et au case management et l'accord de la CIM de 2019 (voir ci-contre) sont particulièrement parlants. Cette définition ne correspond pas à la pratique, selon certaines parties prenantes, ce qui entraîne des désaccords.

Conclusions/recommandations

Lorsque la terminologie est ambiguë ou que des discussions persistent malgré les accords antérieurs, ou encore qu'une application ne se déroule pas comme prévu, les causes peuvent être diverses : les accords antérieurs sont méconnus par la collectivité, ils sont documentés mais leur contenu n'est pas réellement accepté et n'est donc pas appliqué comme prévu, il règne une perception erronée quant à la signification de certains éléments ou quant aux possibilités et limitations.

- Lorsque des discussions de ce genre se présentent durant le trajet, il est donc important de **déceler les raisons sous-jacentes** et d'en tenir compte aux étapes suivantes de l'élaboration d'une proposition de PIF.

En fonction des raisons sous-jacentes, on peut envisager différents types d'**actions de remédiation** :

- ✓ Évaluer dans quelle mesure les accords pris doivent être réexaminés ou peuvent rester la base de la suite du processus.
- ✓ Réfléchir aux canaux de communication les mieux adaptés pour une communication durable sur l'aide et les soins intégrés.
- ✓ Actions de communication ciblant les acteurs concernés afin de diffuser l'information et de corriger les perceptions erronées éventuelles.
- ✓ Affiner encore les définitions disponibles et traduire/concrétiser les définitions en comportements, attentes, activités au quotidien...
- ✓ Intégrer des moments/modes d'évaluation afin de déterminer dans quelle mesure les actions convenues sont parvenues jusqu'au terrain, à quels endroits ou non...

Définition des SI – OMS²

L'OMS définit l'aide et les soins intégrés comme « une approche visant à renforcer les systèmes de soins de santé plaçant la personne au centre en promouvant une **prestation de services globale de qualité** tout au long de la vie, répondant aux besoins multidimensionnels de la population et de la personne et assurée par une équipe multidisciplinaire coordonnée de professionnels actifs dans différents contextes et à différents niveaux de soins. Cette approche doit être gérée de manière efficace afin de garantir des résultats optimaux et une utilisation responsable des ressources sur la base des meilleures données disponibles, avec des moments de feedback, afin d'améliorer constamment les performances, de s'attaquer dès le début aux causes de la mauvaise santé et de promouvoir le bien-être par des actions intersectorielles et multisectorielles.

Définition de la coordination des soins et de l'aide – CIM³

ANNEXE 1: Vision commune de la coordination des soins et de l'aide et du case management

Coordination des soins et de l'aide :

« Un **processus** collaboratif d'évaluation, de planification, d'harmonisation et de défense des intérêts, pour que les options et services répondent aux besoins globaux en soins (et aux souhaits) de la personne et de son entourage, par le biais de la communication et des moyens disponibles, de façon à promouvoir des résultats de qualité au meilleur coût... »

L'un des prestataires de soins de l'équipe de soins assume le rôle de coordinateur de soins.

L'équipe de soins se compose de la personne qui a besoin de soins et d'assistance, ainsi que des soins informels et professionnels¹.



Vers une dynamique de changement dans le cadre d'une proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Constat 5

On relève de manière générale des sentiments mitigés mais plutôt ouverts vis-à-vis du projet de PIF au sens où le terrain a besoin de quelque chose qui rassemble les différentes pièces du puzzle. Il est possible de saisir cette dynamique pour la suite du processus.

De manière générale, tant les personnes clés interrogées que le terrain sont relativement **ouverts à un projet de PIF**. Différents **besoins** sont exprimés :

- Un élément susceptible d'harmoniser les différentes initiatives en cours. Il se passe en effet toujours quelque chose. Un élément permettant de combler les lacunes mais offrant un cadre adapté (« les pièces angulaires d'un grand puzzle »).
- Cet élément doit se baser sur les éléments déjà convenus/acquis, que ce soit au niveau fédéral ou au niveau des entités fédérées.
- Cet élément doit pouvoir aider réellement les personnes chargées des soins dans la pratique.

Constat 6

Cela ne signifie évidemment pas qu'il règne une unanimité sur tous les éléments de fond ni qu'il n'y ait pas de voix critiques ; on observe cependant une forte demande sur le terrain (niveau micro) de direction claire depuis le niveau macro.

- Il existe beaucoup de **bonne volonté sur le terrain** (comme l'indiquent entre autres les ateliers du flux de travail 3). Il existe **également une crainte** que le niveau macro ne progresse pas. Le niveau macro fonde de grands espoirs sur l'idée de parvenir à des accords adéquats entre le niveau fédéral et les entités fédérées via l'« asymétrie ». Nous souscrivons également au besoin de principe sur la base des informations recueillies. Simultanément, il faudra peut-être un **minimum d'accords communs** là où le terrain exprime le plus grand besoin d'une direction claire, à savoir :
 - Interopérabilité entre les différentes délimitations géographiques en Belgique
 - Interopérabilité entre les leviers numériques.
 - Interopérabilité entre les prestataires de soins concernés, p. ex. accords sur les personnes responsables de telle ou telle tâche et à quel niveau et la facilitation (financière) de la collaboration.
 - Accords concernant le financement
- Ces thèmes sont cependant déjà **débattus de longue date**, et ces discussions ont parfois entraîné des mesures dans la direction des SI, parfois non. Cela met l'enjeu clairement en évidence : le débat est nécessaire, mais certains craignent également :
 - Que les questions les plus difficiles soient évitées
 - Que le niveau macro ne parvienne pas à s'entendre dès lors qu'il s'agit de faire des choix, bloquant ainsi les progrès au niveau micro.
- Parfois, des « **craintes** » **concrètes** sont aussi une source potentielle de résistance, p. ex.
 - La crainte du « encore plus », avec notamment une forte crainte des structures et surtout de structures supplémentaires ajoutées à l'existant et qui ne faciliteront finalement pas le travail et la collaboration, alors que c'est précisément ce qui est nécessaire.
 - La crainte d'un manque de réalisme du fait de la volonté d'appliquer les concepts issus d'exemples internationaux (p. ex. Kaiser Permanente) qui ne sont pas directement applicables en Belgique en raison de différences fondamentales dans la structure du financement et la structure étatique.



Conclusions/recommandations

Voir page suivante.

Vers une dynamique de changement dans le cadre d'une proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Constats 5 & 6

On relève de manière générale des sentiments mitigés mais plutôt ouverts vis-à-vis du projet de PIF au sens où le terrain a besoin de quelque chose qui rassemble les différentes pièces du puzzle. Il est possible de saisir cette dynamique pour la suite du processus.

Cela ne signifie évidemment pas qu'il règne une unanimité sur tous les éléments de fond ni qu'il n'y ait pas de voix critiques ; on observe cependant une forte demande sur le terrain (niveau micro) de direction claire depuis le niveau macro.



Conclusions/recommandations

Il semble qu'une **stratégie de changement** soit nécessaire, dans laquelle le niveau macro propose un cadre permettant de réaliser un changement réel au niveau méso et au niveau micro. Cela nécessite une motivation puissante mais uniforme des acteurs concernés au niveau micro. Cependant, compte tenu des constats ci-dessus, nous percevons un risque réel de visions divergentes et/ou de fragmentation administrative, politique ou professionnelle au niveau macro, ce qui risque d'empêcher de parvenir à des accords concrets partagés par la collectivité. En conséquence, le niveau méso et le niveau micro auront trop peu de points d'appui pour progresser vers les SI.

Nous pouvons formuler les **recommandations** suivantes pour gérer ce risque :

- ✓ En raison de l'envergure du thème de l'aide et des soins intégrés, il sera peut-être impossible de se mettre immédiatement d'accord sur tout avec tout le monde. Il serait sans doute plus réaliste de scinder l'évolution vers les SI en plusieurs étapes. L'étape suivante est 2023. Il convient par conséquent de recommander de s'entendre collectivement avec les acteurs concernés sur les types d'accords qui seront pris à la première étape et sur le fait qu'il y aura plusieurs étapes, ce qui intègre une perspective à long terme.
- ✓ De nombreux processus sont déjà en cours avec également de nombreux groupes de travail, et les mêmes acteurs y sont parfois impliqués. Afin de garder le contrôle de la combinaison des nombreux trajets, il peut être indiqué de s'entendre au préalable sur l'approche nécessaire, c'est-à-dire des éléments tels que :
 - Les groupes de travail sont-ils le bon/le seul moteur possible, ou bien existe-t-il aussi d'autres manières de travailler ? P. ex. comment faciliter la collaboration parallèlement aux forums formels afin que les moments formels soient consacrés aux points à aborder collectivement et que la collaboration de fond entre ces moments se déroule de manière efficace.
 - Quels types de livrables souhaite-t-on à la première étape ?
 - Quel genre de capacités souhaite-t-on libérer pour y parvenir ?
 - ...?
- ✓ Dans ce contexte, la question se pose de savoir quel genre d'investissements on souhaite réaliser à terme, c'est-à-dire dans quelle mesure nous souhaitons soutenir la transition vers l'aide et les soins intégrés en tant que société. L'implication des acteurs au niveau macro est cruciale à cet égard. Si on souhaite progresser suffisamment en 2023 d'une manière qui ait **un impact sur le terrain, au niveau micro**, il semble nécessaire de définir un engagement des acteurs concernés, et en particulier des acteurs au niveau des pouvoirs publics, dès le début de la phase suivante.

Vers une dynamique de changement dans le cadre d'une proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Constat 7

Malgré et, en même temps, précisément à cause de la grande importance de tous les thèmes, il est souvent suggéré que travailler par étapes pourrait être une solution.

Pour réaliser la transition vers l'aide et les soins intégrés, des changements doivent être réalisés dans les 13 thèmes différents. Les éléments suivants doivent être pris en compte:

- Les modifications apportées à un sujet peuvent avoir des conséquences sur la mise en œuvre d'autres sujets, ce qui **permet de toujours tirer parti des réalisations**. Il est donc important d'identifier et d'évaluer correctement ces dépendances et ces liens entre les thèmes.
- En outre, il va de soi que toutes les activités et tous les axes (tels que définis au chapitre 2) **ne peuvent être inclus simultanément**. Cela s'explique par le fait que de nombreuses choses sont liées les unes aux autres ou dépendent les unes des autres (cf. ci-dessus), mais aussi par le fait que le nombre total d'activités nécessaires n'est pas faible.
- La **transition vers l'aide et les soins intégrés s'étalera donc sur plusieurs années**. Ici, une fondation peut être posée en 2023, sur laquelle les travaux se poursuivront les années suivantes.
- Ce qui précède appelle une hiérarchisation des priorités. Sur la base de contributions provenant de différents angles (les entretiens avec les parties prenantes, les contributions du forum des parties prenantes, etc.), un **certain nombre d'activités peuvent être identifiées comme prioritaires**, ce qui peut faciliter la réalisation de l'aide et des soins intégrés dans leur ensemble.
- Il est important de noter que les 13 thèmes seront finalement élaborés en vue du projet de plan interfédéral. La désignation des priorités n'enlève rien à l'importance des thèmes eux-mêmes.



Conclusions/recommandations

- ✓ Afin de créer une base pour l'aide et les soins intégrés sur laquelle s'appuyer dans les années à venir, une sélection de pistes prioritaires (et d'activités associées) sera ciblée en 2023.
- ✓ Nous incluons les détails substantiels des autres pistes identifiées pour les autres thèmes/clusters dans le plan d'action complet à partir de 2023.

A2

**Vers des composantes pertinentes pour
la proposition de Plan interfédéral Aide
et Soins intégrés**

**Conclusions et pistes par thème pour
2023**

*Chapitre
récapitulatif*

Vers des composantes pertinentes potentielles pour la proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Structure du chapitre

Tandis que le chapitre 1 mettait l'accent sur la dynamique de changement, le présent chapitre 2 indique les observations de fond les plus importantes. Les chapitres 1 et 2 donnent donc aussi bien une forme qu'un contenu à une dynamique de changement possible à partir de 2023.

Pour un raisonnement plus étendu, nous renvoyons le lecteur aux chapitres 3 et 4.

Dans ce chapitre, nous indiquons pour chaque thème les **observations faites jusqu'à présent** sur la base des activités et les **pistes possibles** que nous leur associons. Plus précisément, chacune des pages est structurée comme suit :

Thème	Conclusion	Pistes pour les prochaines étapes (à partir de 2023 - ...), à considérer dans le cadre de l'évolution SI	Lien avec les outils : outils susceptibles de le faciliter	Opportunité d'accompagnement à la transition des 3 groupes de projets
<ul style="list-style-type: none"> Nous reprenons des chacun des 13 thèmes dans l'ordre du chapitre 1 	<ul style="list-style-type: none"> La conclusion par thème se fonde sur les informations du chapitre 3, à savoir la description des thèmes ainsi que les observations des personnes clés sur le terrain 	<ul style="list-style-type: none"> Cela indique ce qui peut servir de base à une discussion à approfondir avec les parties prenantes. Veillez noter qu'il s'agit d'un aperçu des pistes possibles, dont certaines peuvent déjà être incluses en 2023. Les autres pistes seront incluses plus tard. 	<ul style="list-style-type: none"> Identification des outils susceptibles de faciliter le thème en question sur la base du chapitre 4 Dans ce cadre, nous opérons une distinction entre les outils de la short list (numérotés de 1 à 5) et les autres outils identifiés en lien avec les thèmes (« points généraux »). 	<ul style="list-style-type: none"> Certains éléments pourraient déjà être traités sur le terrain dès 2023, et nous les notons ici.

Vers des composantes pertinentes potentielles pour la proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Observations – pistes possibles à partir de 2023 – thèmes 1, 13

A1

A2

A3

A4

A5

Thème	Conclusion	Pistes pour les prochaines étapes (à partir de 2023 - ...), à considérer dans le cadre de l'évolution SI	Lien avec les outils : outils susceptibles de le faciliter	Opportunité d'accompagnement à la transition des 3 groupes de projets
1. L'organisation des soins et du soutien au niveau locorégional	<ul style="list-style-type: none"> La diversité/l'hétérogénéité des délimitations géographique semble être une réalité en Belgique, mais il existe pourtant une demande importante de création d'une plus grande uniformité. Bien qu'il existe déjà certaines structures, il semble nécessaire de mieux délimiter les missions et responsabilités propres à chacune de ces structures : à quel niveau les différents éléments sont-ils assurés, et où se situe la complémentarité ? On notera également que certains éléments devraient sans doute être envisagés dans une perspective suprarégionale. Ici aussi, une concertation est nécessaire. Pour définir ces périmètres et missions, l'idéal est probablement de se baser sur l'existant selon une approche Bottom-up. Cela permet également de tenir compte des symétries existantes (p. ex. différence dans la taille de population utilisée). Il semble également exister un lien avec l'opérationnalisation de la gestion de population (initialement associée au thème 3). Ce point est également lié à l'ambition de créer un tableau de bord. La problématique des frontières est évoquée spécifiquement. On peut se demander dans quelle mesure une perception erronée y contribue également : y a-t-il des accords qui rendent les soins nécessaires plus difficiles et/ou un problème de perception quant aux accords convenus ? 	<ul style="list-style-type: none"> Clarifier les tâches, les rôles et les responsabilités à assumer au niveau locorégional. Définir pour l'ensemble de la Belgique ce que sera "le niveau locorégional", en partant des différentes délimitations territoriales actuelles et en partant du principe que tout va ensemble. Travailler à l'interopérabilité entre différents territoires : clarifier le lien entre les missions du niveau locorégional défini et les autres niveaux, y compris le niveau suprarégional. Déterminer les mesures possibles pour travailler en se basant davantage sur les populations, à court terme comme à long terme. <p>En outre :</p> <ul style="list-style-type: none"> Étudier ce qui peut encore être fait sur les questions liées à des problématiques de frontières concrètes 	<ul style="list-style-type: none"> Outil 1 : Tableau de bord offrant des indicateurs pour une approche et une évaluation axées sur la population au niveau méso. Outil 4 : Modèle d'autoréflexion au niveau locorégional (p. ex. HSO, Scirocco...). Outil 5 : Méthode de gestion de l'intégration (p. ex. intervision, formes de concertation multidisciplinaire...). 	<ul style="list-style-type: none"> Adresser des recommandations au niveau macro concernant ce qui fonctionne ou non sur le terrain, p. ex. en matière de travail axé sur les populations. Faire office de caisse de résonance pour le terrain Faire office de groupe de caisse de résonance pour le terrain en vue de la conceptualisation d'un tableau de bord pour la gestion axée sur les populations.
13. Gestion de l'intégration	<ul style="list-style-type: none"> Il circule apparemment de nombreux termes à ce sujet qui reviennent essentiellement aux activités nécessaires pour passer de la situation actuelle à une situation souhaitée. Cet élément semble présenter un lien particulièrement étroit avec la manière dont différents éléments seront organisés au niveau locorégional, cf. thème 1. Les exemples étrangers identifiés apportent des compléments intéressants, mais il est important de noter que la Belgique possède un système de financement différent et une structure étatique différente. Il n'est donc pas forcément évident de comparer ces idées ni de les appliquer. Une crainte souvent exprimée est que des structures ou organes supplémentaires pourraient être créés alors que la demande est plutôt de partir de l'existant. Cette crainte, en conjonction avec la demande d'une approche Bottom-up, fait qu'une piste envisageable serait d'examiner plutôt la manière d'intégrer précisément les activités pertinentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Délimiter les tâches d'intégration : quelles activités en font précisément partie (cf. fonction d'intégrateur = quelles tâches). Déterminer ensuite quelles activités doivent incomber à quels acteurs au sein de quelles structures : <ul style="list-style-type: none"> Déterminer si l'« intégrateur » correspond éventuellement à une structure locorégionale existante ou à un organe existant au sein d'une structure de ce type Évaluer s'il reste encore des tâches qui ne correspondent pas à une structure ou un organe déjà en place Déterminer les investissements nécessaires pour financer la fonction d'intégrateur. 	<ul style="list-style-type: none"> Outil 1 : Dashboard fournissant des indicateurs pour l'approche populationnelle et l'évaluation au niveau méso. Outil 4 : Modèle d'autoréflexion au niveau locorégional (p. ex. HSO, Scirocco...). Outil 5 : Méthode de gestion de l'intégration (p. ex. intervision, formes de concertation multidisciplinaire...). 	<ul style="list-style-type: none"> Adresser des recommandations aux pouvoirs publics concernant ce qui fonctionne ou non sur le terrain. Faire office de caisse de résonance pour le terrain

A1

A2

A3

A4

A5

Vers des composantes pertinentes potentielles pour la proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Observations – pistes possibles à partir de 2023 – thème 2

Thème	Conclusion	Pistes pour les prochaines étapes (à partir de 2023 - ...), à considérer dans le cadre de l'évolution SI	Lien avec les outils : outils susceptibles de le faciliter	Opportunité d'accompagnement à la transition des 3 groupes de projets
2. Intégration horizontale et verticale des soins et du bien-être (cf. continuité des soins)	<ul style="list-style-type: none"> Ce thème semble lui aussi étroitement lié au positionnement des différentes tâches. Un facteur de risque qui pourrait freiner les discussions sur d'autres thèmes et donc aussi sur ce thème est la perception qu'il subsiste encore de nombreux « silos » (administrations – terrain, entre les différents professionnels des soins, entre les entités fédérées et le fédéral...). De nombreux outils sont également susceptibles de constituer des leviers dans ce cadre. Dans la pratique, l'intégration passera peut-être par l'intégration d'un certain nombre d'autres thèmes. L'élaboration de trajets concrets dans certains domaines pathologiques peut donner une signification plus concrète à l'intégration sur le terrain. Et enfin, il semble également que ce thème soit étroitement lié aux accords susceptibles d'être conclus sur d'autres thèmes (p. ex. financement, outils numériques, etc.). 	<p>Il serait éventuellement possible de conclure des accords concrets dans le cadre de l'<u>intégration normative</u>, p. ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> concrétisation des accords et protocoles par les professionnels des soins et du bien-être au niveau méso, mais le cadre devrait idéalement être défini au niveau macro afin de ne pas entraver la concertation entre les différents niveaux locorégionaux (p. ex. réseaux d'hôpitaux actifs sur un périmètre plus important que les réseaux de première ligne) L'élaboration de trajets de soins et de trajectoires de soins pour les nouveaux domaines pathologiques afin de concrétiser l'intégration horizontale et verticale sur le terrain. <p>D'un autre côté, il est sans doute déjà possible de conclure des accords concernant l'<u>intégration fonctionnelle</u>.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nous décelons ici un lien étroit avec les thèmes 3, 6 et 10 : la mise en œuvre de pratiques multidisciplinaires, les systèmes de financement complémentaires à côté du financement par prestation et un dossier patient partagé constitueront des leviers importants pour l'intégration horizontale et verticale. 	<p>La série complète d'outils pourrait constituer un levier dans ce domaine → voir shortlist :</p> <ul style="list-style-type: none"> Outil 1 : Tableau de bord offrant des indicateurs pour une approche et une évaluation axée sur la population au niveau méso et au niveau macro. Outil 2 : Plateforme réalisant la communication entre les professionnels des soins et du bien-être Outil 3 : Dossier patient électronique réalisant l'échange de données entre le patient et les professionnels des soins et du bien-être. Outil 4 : Modèle d'autoréflexion au niveau locorégional (p. ex. HSO, Scirocco...)*. Outil 5 : Méthode de gestion de l'intégration (p. ex. intervision, concertation au niveau de l'organisation ou au niveau locorégional...)*. Outil 6 : Belrai comme outil d'identification des besoins de soins <p>De manière générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Modèles d'organisation des soins tels que le modèle Canterbury. Outils pour trouver les professionnels tels que la « carte sociale ». 	<ul style="list-style-type: none"> Adresser des recommandations aux pouvoirs publics concernant ce qui fonctionne ou non sur le terrain. Faire office de caisse de résonance pour le terrain

A1

A2

A3

A4

A5

Vers des composantes pertinentes potentielles pour la proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Observations – pistes possibles à partir de 2023 – thème 3,4

Thème	Conclusion	Pistes pour les prochaines étapes (à partir de 2023 - ...), à considérer dans le cadre de l'évolution SI	Lien avec les outils : outils susceptibles de le faciliter	Opportunité d'accompagnement à la transition des 3 groupes de projets
Thème 3. Organisation, renforcement et maintien de capacités de soins (multidisciplinaires) adaptées aux besoins, y compris le développement des compétences	<ul style="list-style-type: none"> Il semble que ce thème soit étroitement lié à l'organisation du système de connaissances en vue du développement des connaissances et compétences nécessaires chez les professionnels des soins d'aujourd'hui et de demain. D'un autre côté, il semble intégrer aussi une question de capacités. On observe une demande très concrète de flexibilisation pour l'échange de personnel. Il convient de recommander d'étudier dans quelle mesure il serait possible d'engager des démarches favorables au terrain sans se trouver pris dans une impasse juridique (cf. loi sur les métiers des soins de santé, numerus clausus, agréments...). 	<ul style="list-style-type: none"> Établir des liens avec les communautés en vue de parvenir à des accords concernant : <ul style="list-style-type: none"> Remplir une équipe multidisciplinaire et comment façonner la coopération multidisciplinaire au sein des soins et du bien-être La manière dont l'enseignement / les centres universitaires peuvent assurer l'intégration de certains types de connaissances et de compétences dans certaines formations / certains projets éducatifs (p. ex. concept général de coordination des soins et de l'aide et de case management, gestion des populations...) Quel rôle le marché du travail peut jouer Établir un lien avec le tableau de bord « gestion des populations » : voir comment celui-ci peut être lié à des indicateurs concernant le nombre de professionnels des soins afin de mettre l'accent sur la création de capacités. 	<ul style="list-style-type: none"> Lien possible avec l'outil 1 : Tableau de bord offrant des indicateurs pour une approche et une évaluation axée sur la population au niveau méso. 	<ul style="list-style-type: none"> Adresser des recommandations aux pouvoirs publics concernant ce qui fonctionne ou non sur le terrain. Faire office de caisse de résonance pour le terrain
4. Concrétisation du processus de soins / du trajet de soins / de la trajectoire de soins / de la planification des soins, y compris la coordination des et de l'aide soins et le case management	<ul style="list-style-type: none"> Malgré l'adoption de définitions pour la coordination des soins et de l'aide et le case management (cf. décisions de la CIM), celles-ci ne semblent pas être parvenues jusqu'au terrain. Les définitions s'avèrent ambiguës et/ou sont interprétées de différentes manières. Le moment semble venu de trancher certaines questions pour ce thème. 	<ul style="list-style-type: none"> Recueillir les accords déjà conclus sur les concepts pertinents du passé, p. ex. CIM 2019 Confirmer les définitions de la coordination des soins et de l'aide et du case management (en se basant ou non sur celles déjà en place) de manière à ce qu'elles soient " infaillibles " et s'intègrent dans la collaboration globale au niveau micro Conclure ensuite des accords sur les réalisations concrètes : <ul style="list-style-type: none"> Groupe cible, c'est-à-dire pour qui / dans quels cas / à quel moment la coordination des soins et de l'aide et le case management peuvent-ils être déclenchés ? Affectations des case managers et des coordinateurs de soins ainsi que leur type (rôle ou fonction ; si rôle, avec qui) Intégration / organisation et gestion des fonctions, que ce soit ou non au niveau locorégional (où) Financement de ces fonctions Déterminer la meilleure façon d'élaborer les protocoles/ les parcours de soins/ les trajets-programmes de soins/ l'évaluation des soins/ la conciliation des soins/ le transfert des soins et la liaison et la consultation multidisciplinaire, et convenir d'un cadre à cet effet, afin qu'il puisse être développé de manière uniforme (voir également le thème 2) avec suffisamment de flexibilité. Convenir de la manière de " mettre en place " ces définitions et interprétations sur le terrain. <p>Inclure les éléments ci-dessus en mettant l'accent sur : l'empowerment des patients et le contexte informel</p>	<ul style="list-style-type: none"> Outil 4 : Modèle d'autoréflexion au niveau locorégional (p. ex. HSO, Scirocco...) Outil 5 : Méthode de gestion de l'intégration (p. ex. intervision, formes de concertation multidisciplinaire...) Outil 6 : Belrai comme outil d'identification des besoins de soins <p>De manière générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Outils pour les soins ciblés 	<ul style="list-style-type: none"> Examiner l'impact des accords déjà conclus Appliquer immédiatement les accords déjà conclus dans le contexte d'un projet Adresser des recommandations aux pouvoirs publics concernant ce qui fonctionne sur le terrain Faire office de caisse de résonance pour le terrain

A1

A2

A3

A4

A5

Vers des composantes pertinentes potentielles pour la proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Observations – pistes possibles à partir de 2023 – thème 6

Thème	Conclusion	Pistes pour les prochaines étapes (à partir de 2023 - ...), à considérer dans le cadre de l'évolution SI	Lien avec les outils : outils susceptibles de le faciliter	Opportunité d'accompagnement à la transition des 3 groupes de projets
Thème 6. Financement de l'aide et des soins intégrés à différents niveaux répondant au Quintuple AIM	<ul style="list-style-type: none"> Le financement est perçu comme un obstacle considérable à l'évolution vers l'aide et les soins intégrés. Il est urgent de procéder à une réforme et de réfléchir au cadre d'investissement au niveau macro, à la mise en relation du financement avec les tâches au niveau méso et au financement des professionnels des soins au niveau micro. 	<ul style="list-style-type: none"> Associer les responsabilités financières au niveau micro, méso et macro : <ul style="list-style-type: none"> <u>Au niveau macro</u> : conclure des accords sur les mécanismes de financement possibles dans le contexte des SI, à savoir comment garantir que certains financements provenant d'un niveau politique/fédéral puissent stimuler le développement des SI. Il pourrait s'agir d'initiatives telles que : un budget interfédéral, une révision de l'équilibre entre le financement des prestations et le financement alternatif, la création de fonds communs (avec ou sans droit de tirage), un lien encore plus étroit entre le financement et les objectifs (de soins de santé), etc. Dans un deuxième ordre, également lié à cela : financer la gestion de la population et les plans de stratégie de soins, examiner l'impact sur les reconnaissances et la programmation, etc. <u>Au niveau méso</u> : conclure des accords pour lier des missions spécifiques au niveau locorégional (cf. thème 1) à des financements ciblés, dans le but de renforcer les soins de première ligne. Des idées telles que les budgets/comptabilités locorégionales (comptabilité analytique), le lien entre les objectifs au niveau locorégional et le financement (cf. le financement basé sur la valeur), etc. sont avancées. <u>Au niveau micro</u> : conclure des accords sur la manière dont le temps consacré à la consultation/coordination/aligement peut être financé. 	/	<ul style="list-style-type: none"> Adresser des recommandations aux pouvoirs publics concernant ce qui fonctionne ou non sur le terrain. Agir comme personne de référence sur le terrain

Vers des composantes pertinentes potentielles pour la proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Observations – pistes possibles à partir de 2023 – thème 10

A1

A2

A3

A4

A5

Thème	Conclusion	Pistes pour les prochaines étapes (à partir de 2023 - ...), à considérer dans le cadre de l'évolution SI	Lien avec les outils : outils susceptibles de le faciliter	Opportunité d'accompagnement à la transition des 3 groupes de projets
Thème 10. Outils numériques à l'appui du processus de soins : partage électronique de données et plateforme numérique pour la collaboration multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> Tous les acteurs formulent des besoins très clairs sur ce thème, et ils affirment que les progrès dans ce domaine pourraient faciliter l'application des SI dans la pratique. Voir aussi le chapitre 4, « Gros plan sur la série d'outils ». Il semble aussi que de nombreuses démarches aient déjà été lancées dans le cadre d'autres initiatives qui pourraient répondre à ces besoins. Nous constatons toutefois aussi, chez les parties prenantes, le réflexe de chercher de manière pragmatique des solutions (numériques) s'il s'avère que les outils actuels ne sont pas encore disponibles (pas assez rapides ou performants). Simultanément, il existe aussi une demande de limiter la prolifération des différents outils. Le fait que d'autres initiatives couvrent peut-être un certain nombre de besoins est une opportunité à saisir, mais cela représente aussi une dépendance cruciale pour ce trajet. En outre, l'existence de plusieurs initiatives entraîne aussi un risque de manque d'uniformité ou de chevauchement, ce qui sèmerait la confusion sur le terrain et pourrait également entraîner une allocation non optimale des moyens financiers. 	<ul style="list-style-type: none"> Au niveau macro, assurer une gouvernance et une coordination claires de toutes les initiatives en cours (roadmap eHealth, roadmap Health Data, RSB, etc.), en coordonnant les processus qui peuvent répondre aux besoins spécifiques des SI et le calendrier qui peut être utilisé pour les réaliser, afin que les réalisations ou les plans futurs puissent être exploités de manière optimale. Cela peut, par exemple, impliquer : <ul style="list-style-type: none"> Un cadre pour des normes unifiées en matière d'informatique et de données afin d'assurer l'interopérabilité entre les outils, ainsi qu'une matrice d'accès (incluse dans le plan de e-santé). Développer (commissionner, financer...) les outils qui peuvent aider les tâches des SI sur le terrain : <ul style="list-style-type: none"> Dashboarding et divulgation des données en vue d'une utilisation secondaire des données au niveau local/régional dans le cadre de la gestion de la population Soutenir le déploiement pratique sur le terrain <ul style="list-style-type: none"> S'accorder sur les attentes à l'égard des prestataires de soins et de bien-être concernant la bonne utilisation des outils numériques. Conclure des accords sur la manière de faciliter la mise en œuvre des outils par le développement des compétences, des mesures incitatives et un engagement en faveur d'une grande convivialité, en consultant le terrain. Faciliter la communication pour faire connaître les outils numériques aux professionnels et aux citoyens. Se mettre d'accord sur la manière dont les outils destinés aux citoyens (applications de m-health et outils d'empowerment) seront reliés au I-EHR et sur les alternatives qui doivent être disponibles pour les citoyens qui n'utilisent pas d'outils numériques. 	<ul style="list-style-type: none"> Outil 1 : Tableau de bord offrant des indicateurs pour une approche et une évaluation axées sur la population au niveau méso. Outil 2 : Plateforme réalisant la communication entre les professionnels des soins et du bien-être Outil 3 : Dossier patient électronique réalisant l'échange de données entre le patient et les professionnels des soins et du bien-être. Outil 6 : Belrai comme outil d'identification des besoins de soins 	<ul style="list-style-type: none"> Faire office de groupe de caisse de résonance pour le terrain en vue de la conceptualisation d'un tableau de bord et de l'évaluation de certains plans

A1

A2

A3

A4

A5

Vers des composantes pertinentes potentielles pour la proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Observations – pistes possibles à partir de 2023 – thèmes 5, 7

Thème	Conclusion	Pistes pour les prochaines étapes (à partir de 2023 - ...), à considérer dans le cadre de l'évolution SI	Lien avec les outils : outils susceptibles de le faciliter	Opportunité d'accompagnement à la transition des 3 groupes de projets
Thème 5. Culture d'aide et de soins intégrés	<ul style="list-style-type: none"> La culture en tant que thème semble plutôt perçue comme une résultante à laquelle il est possible de parvenir en prenant des mesures qui aident concrètement le terrain à avancer. Plus précisément, nous constatons ici aussi un lien étroit avec le progrès dans les autres thèmes et une nécessité moindre de travailler concrètement sur la culture en 2023. Il s'agira peut-être d'un thème suscitant un changement dans d'autres domaines / sur d'autres thèmes. 	<ul style="list-style-type: none"> Plutôt à considérer comme une finalité à laquelle aspirer afin d'en faire un guide pour la concrétisation d'autres thèmes. 	<ul style="list-style-type: none"> Cf. supra : La boîte à outils complète pourrait constituer un levier dans ce domaine 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune opportunité immédiate identifiée ; les projets peuvent peut-être aider à estimer/pressentir dans quelle mesure la culture est en train de changer dans la direction souhaitée
Thème 7. Performance du système d'aide et de soins intégrés	<ul style="list-style-type: none"> Il semble exister une différence de vécu et de vision entre le terrain et les pouvoirs publics. Là où le terrain pense plutôt à améliorer son <u>propre</u> travail au quotidien, les autres visions semblent plutôt liées à l'évaluation et au contrôle au niveau macro. Cela indique d'emblée où se situent les tensions sur ce thème. Certains, mais pas tous, y voient également un lien avec un tableau de bord. Il pourrait y avoir sa place, mais il semble indiqué de recommander de commencer par les éléments qui aident le terrain à avancer. On peut s'attendre à ce que ce travail s'étende sur plusieurs années. Pour assurer le suivi de la qualité des soins et du bien-être, il convient d'intégrer aussi des indicateurs en lien avec le bien-être. Cela n'est actuellement pas prévu dans le trajet e-Santé (évoqué par plusieurs personnes clés). 	<ul style="list-style-type: none"> Il semble souhaitable de préciser encore la vision dans ce domaine À partir de là, il est possible de faire un lien avec les actions relevant d'autres thèmes ainsi qu'avec les initiatives déjà en cours en Belgique, p. ex. en matière de numérisation, le lien le plus concret étant celui vers un tableau de bord. <p>S'il en découle un lien vers un tableau de bord de gestion de population, cela pourrait éventuellement être lié à la détermination de ce qui est nécessaire à quel niveau, p. ex. une analyse de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comparer les besoins identifiés jusqu'à présent au niveau micro/méso/macro et voir où se situent les conflits éventuels Associer les besoins aux ambitions en matière de gestion de la performance (et de la qualité) et faire le lien avec les initiatives déjà en cours <p>Sur la base de ces éléments, discutez de la question de savoir qui assume quelles tâches et responsabilités en matière de gestion des performances.</p>	<p>Éventuellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> Outil 1 : Tableau de bord offrant des indicateurs pour une approche et une évaluation axée sur la population au niveau méso. Outil 3 : Dossier patient électronique réalisant l'échange de données entre le patient et les professionnels des soins et du bien-être <p>De manière générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Outils offrant un cadre pour le suivi de la qualité, p. ex. modèle de vision FLaQuM ou questionnaire ROPI 	<ul style="list-style-type: none"> Faire office de groupe de caisse de résonance pour le terrain en vue de la conceptualisation d'un tableau de bord et de l'évaluation de certains plans

Vers des composantes pertinentes potentielles pour la proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Observations – pistes possibles à partir de 2023 – thèmes 8, 11

A1

A2

A3

A4

A5

Thème	Conclusion	Pistes pour les prochaines étapes (à partir de 2023 - ...), à considérer dans le cadre de l'évolution SI	Lien avec les outils : outils susceptibles de le faciliter	Opportunité d'accompagnement à la transition des 3 groupes de projets
Thème 8. Concrétisation des aspects « patient au centre » et autonomisation (« empowerment ») : offre de soutien individuel et collectif à une personne dans son contexte	<ul style="list-style-type: none"> Le sentiment général sur ce thème est qu'en dépit de la reconnaissance de son importance, il reste du chemin à parcourir pour l'intégrer efficacement aux niveaux macro, méso et micro. 	<ul style="list-style-type: none"> Conclure des accords sur la manière dont la perspective du citoyen et/ou du patient pourrait être intégrée aux conventions concrètes conclues sur d'autres thèmes → cela pourrait nécessiter un trajet de consultation distinct avec les citoyens/patients en 2023. Conclure des accords sur le positionnement de certaines tâches (où/à quels niveaux), p. ex. lancement de campagnes depuis le niveau macro ou le niveau méso pour plus de contexte local ou des actions au niveau micro qui visent davantage le contact direct avec les patients 	<p>De manière générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Outils pour les soins ciblés Enregistrement des patient reported outcomes via EQ-5D-5L, SF-36 et PROMIS 10 Enregistrement des patient reported experience measures via PACIC, P3CEQ et le Vlaamse patiëntenpeiling Outils d'identification des besoins comme Belrai et Belrai screener Outils visant à évaluer la health literacy, comme le questionnaire HLS-EU, et à l'améliorer comme le jeu « Wegwijs in zorg en gezondheid ». Directives pratiques pour la communication avec les patients 	<ul style="list-style-type: none"> Les groupes de projet peuvent constituer un pont vers le public concerné dans le cadre d'une consultation supplémentaire Appliquer immédiatement les accords déjà conclus dans le contexte d'un projet Adresser des recommandations aux pouvoirs publics concernant ce qui fonctionne sur le terrain Agir comme personne de référence sur le terrain
Thème 11. Soutien du réseau informel d'une personne dans son contexte au niveau individuel comme au niveau du groupe	<ul style="list-style-type: none"> Correspond au thème 8, à savoir : on a le sentiment général que, malgré la reconnaissance de son importance, il reste du chemin à parcourir pour l'intégrer efficacement aux niveaux macro, méso et micro. 	<ul style="list-style-type: none"> Conclure des accords sur la manière dont la perspective du réseau informel d'un patient pourrait être mieux intégrée aux conventions concrètes conclues sur d'autres thèmes → cela pourrait nécessiter un trajet de consultation distinct avec ce public en 2023. Conclure des accords sur le positionnement de certaines tâches (où/à quels niveaux), p. ex. lancement de campagnes depuis le niveau macro ou le niveau méso pour plus de contexte local ou des actions au niveau micro qui visent davantage le contact direct avec le réseau informel 	<p>De manière générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Questionnaires pour faire le point des capacités de charge d'un aidant informel, comme Prisma et l'interview Zarit Burden Plateforme offrant un aperçu de l'offre de soins pour les personnes possédant un budget suivant la personne : Zorgwijs 	<ul style="list-style-type: none"> Les groupes de projet peuvent constituer un pont vers le public concerné dans le cadre d'une consultation supplémentaire Appliquer immédiatement les accords déjà conclus dans le contexte d'un projet Adresser des recommandations aux pouvoirs publics concernant ce qui fonctionne sur le terrain Agir comme personne de référence sur le terrain

A1

A2

A3

A4

A5

Vers des composantes pertinentes potentielles pour la proposition de Plan interfédéral Aide et Soins intégrés

Observations – pistes possibles à partir de 2023 – thèmes 9, 12

Thème	Conclusion	Pistes pour les prochaines étapes (à partir de 2023 - ...), à considérer dans le cadre de l'évolution SI	Lien avec les outils : outils susceptibles de le faciliter	Opportunité d'accompagnement à la transition des 3 groupes de projets
Thème 9. Promotion de la santé et prévention des maladies dans le cadre de l'aide et des soins intégrés	<ul style="list-style-type: none"> Même si tous reconnaissent et soulignent même l'importance de ce thème, il est souvent considéré comme un obstacle potentiel. On fait souvent la comparaison avec des exemples étrangers comme Kaiser Permanente, mais c'est difficile étant donné que la Belgique est fondamentalement différente en termes de financement et de structure étatique, même si le point de départ doit évidemment être un gain de santé au niveau de la population, quelles que soient l'origine et la destination du financement. Il faudra donc sans doute chercher une approche sur mesure pour le contexte belge. Les actions connues sont souvent associées à des méthodes d'outreach (p. ex. certaines campagnes), ce qui n'est généralement possible qu'au niveau transversal des pouvoirs publics. Une autre clé qu'il serait éventuellement possible d'étudier dans ce cadre réside dans une collaboration plus poussée au travers de différents domaines selon un mode très local. Cela nécessitera donc une collaboration avec les administrations locales. 	<ul style="list-style-type: none"> Dans ce domaine, il reste beaucoup de travail à accomplir pour clarifier encore la vision sur ce thème. Il serait peut-être possible de conclure des accords avec les communautés, p. ex. en vue d'explorer le rôle des administrations locales. 	<p>De manière générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les outils tels que le Gezondheidskompas, le Healthli Buurtkompas, la boîte à outils « Heerlijk helder in de zorg » et la méthode de discussion « entre quatre yeux ». 	<ul style="list-style-type: none"> Examiner l'impact des accords déjà conclus Appliquer immédiatement les accords déjà conclus dans le contexte d'un projet Adresser des recommandations aux pouvoirs publics concernant ce qui fonctionne sur le terrain Agir comme personne de référence sur le terrain
Thème 12. Soins de santé dans un contexte plus large	<ul style="list-style-type: none"> Il en va pour ce thème comme pour le thème 9 : son intérêt est largement reconnu, et il est proposé surtout de conclure des accords de collaboration. Il règne toutefois certaines divergences quant au meilleur moment de le faire (par rapport au traitement des autres thèmes) : faut-il conclure des accords larges dès le début, ou bien d'abord se concentrer sur d'autres éléments et n'élargir la perspective qu'ultérieurement ? Vu l'importance d'une application locale accordant une attention explicite à une approche holistique des soins et du bien-être, une collaboration avec notamment les administrations locales pourrait être une piste dans ce domaine. 	<ul style="list-style-type: none"> Ici aussi, il reste beaucoup de travail à accomplir pour clarifier encore la vision sur ce thème. On peut examiner dans quelle mesure il est indiqué de conclure des accords larges dès le court terme. Il serait peut-être possible de conclure des accords avec les communautés, p. ex. en vue d'explorer le rôle des administrations locales. 		<ul style="list-style-type: none"> Examiner l'impact des accords déjà conclus Appliquer immédiatement les accords déjà conclus dans le contexte d'un projet Adresser des recommandations aux pouvoirs publics concernant ce qui fonctionne sur le terrain Agir comme personne de référence sur le terrain

A3

Gros plan sur 13 thèmes avec des observations provenant d'horizons divers

Pour maintenir une vue d'ensemble claire des connaissances acquises lors de la phase 1 du programme, aucune modification n'a été apporté au contenu en raison des récents développements en 2023.

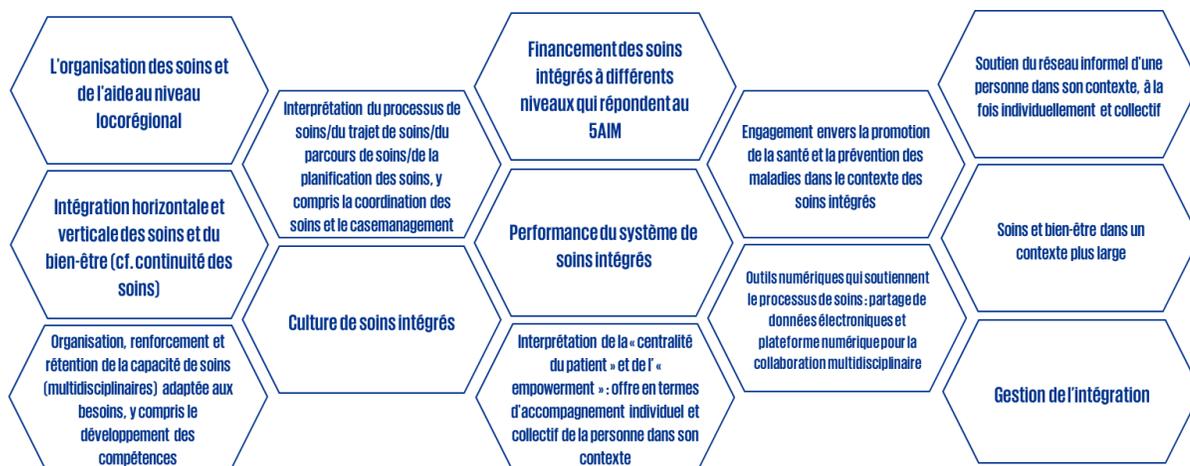
Chapitre détaillé

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Vue d'ensemble du chapitre 3

Dans ce chapitre, nous abordons plus en profondeur les 13 thèmes* identifiés et nous examinons les informations recueillies depuis des horizons divers. Chaque thème est structuré selon le même schéma en 4 parties. Nous indiquons ci-dessous quelles contributions ont été utilisées principalement pour chacune des parties.

13 thèmes identifiés



Approfondissement du contenu selon 4 parties

Description générale et observations scientifiques

- Input dans ce contexte basé principalement sur la littérature scientifique, les descriptions préalables, les résultats de l'atelier du 7/9.

Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé

- Input dans ce contexte basé principalement sur les interviews avec les personnes-clés et les résultats du forum des parties prenantes du 14/12.

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- Input dans ce cadre basé principalement sur les ateliers au moyen de l'outil Scirocco avec chacun des 3 groupes de projets.

Conclusion

- Les contributions sont ici principalement basées sur : toutes les contributions précédentes des trois composantes ci-dessus, les idées personnelles et les résultats du forum des parties prenantes.

Remarques :

- Dans l'analyse de fond poussée, les **sources** universitaires sont indiquées par un chiffre (par ex. « 1 »). La liste complète des sources est reprise dans les annexes.
- Les **citations** de personnes-clés ou des participants aux ateliers sont reprises entre guillemets « ... ».

* L'annexe 1 décrit comment ces 13 thèmes ont été élaborés.

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

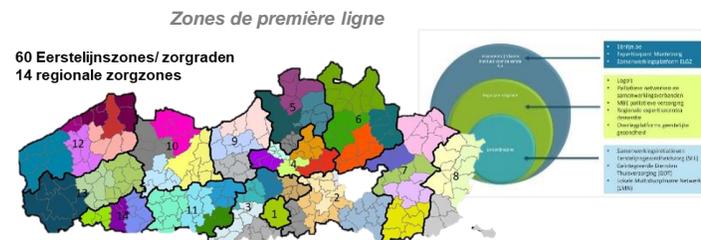
Thème 1 : L'organisation des soins et le soutien au niveau locorégional (1/5)

Description générale et observations scientifiques



- De par leur nature, l'aide et les soins intégrés aspirent à une forme de soins reposant sur une collaboration guidée/organisée en partie depuis le niveau local (peut comprendre plusieurs couches, par exemple les maladies rares peuvent être gérées à un autre niveau que le traitement du diabète).
- Un niveau locorégional (terme générique : association locale de collaboration) forme un réseau délimité géographiquement au sein duquel différents acteurs des soins de santé (soignants et aidants (informels), organisations, parties prenantes, réseaux...) concluent des accords, partagent des ressources et des responsabilités pour les résultats et assurent la politique de qualité afin de réaliser ensemble l'aide et les soins intégrés. La délimitation de ces niveaux locorégionaux est une compétence des entités fédérées; à l'heure actuelle, les entités fédérées utilisent déjà ce niveau de la manière suivante.

- En **Flandre**, il existe depuis 2020 les zones de première ligne dirigées par un conseil de zone et qui desservent une population de 75 000 à 125 000 personnes. Il existe au total 60 zones de première ligne (ZPL) : 59 en Flandre et 1 à Bruxelles. Quatre clusters sont représentés de manière égale au sein des conseils de soins : les administrations locales, la santé, le bien-être et les personnes présentant un besoin de soins et de soutien. Les conseils de soins bénéficient du soutien du *Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn* (VIVEL), délégué par la *Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid*. Plusieurs ZPL peuvent également s'unir dans une zone de soins régionale. La Flandre compte également 13 réseaux d'hôpitaux locorégionaux afin de mieux adapter l'offre d'un groupe d'hôpitaux aux besoins de certaines populations. Attention, la délimitation géographique d'une zone de soins régionale n'est pas nécessairement identique à celle des réseaux d'hôpitaux.



- En **Wallonie**, il existe les « assises de la première ligne » (aussi appelées « Proxisanté ») chargées de définir l'organisation des soins et de l'assistance en Wallonie par le biais d'un processus participatif. Tout comme en Flandre, l'idée est de réunir tous les acteurs de soins et de l'assistance dans la première ligne, d'adopter une approche territoriale et, ainsi, de proposer finalement une offre de soins et d'assistance adaptée aux besoins des personnes dans une zone délimitée. La région a également créé la Plateforme de Première Ligne Wallonne (PPLW). Celle-ci vise à regrouper un certain nombre de groupes travaillant selon une approche multidisciplinaire en première ligne et se veut un partenaire des pouvoirs publics pour tous les aspects de la première ligne.

- **Bruxelles** a créé 5 « bassins d'aide et de soins » basés sur une population de 200 000 à 320 000 personnes. Ces bassins se composent de différents « groupements de quartiers » (pour 20 000 à 30 000 habitants) puis des « quartiers » proprement dits. L'objectif est de réunir les acteurs du secteur social, de l'aide et de la santé, de donner une forme plus concrète à l'organisation des bassins, de soutenir la concertation multidisciplinaire, etc. Les services publics Brusano, la Commission communautaire commune (COCOM) et la Commission communautaire française (COCOF) y sont impliquées. Et enfin, il existe un certain nombre d'antennes créées dans le cadre des soins de santé mentale.



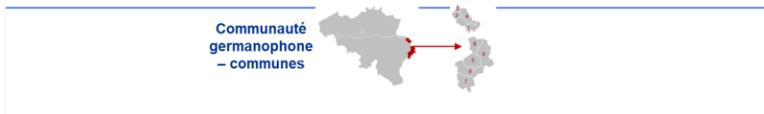
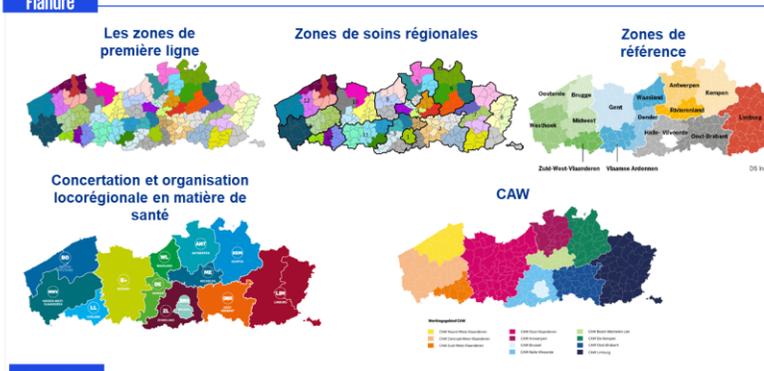
- La **Communauté germanophone** est encore en train d'étudier quelle forme donner à son niveau locorégional. Il convient dans ce cadre de tenir compte d'une population limitée répartie sur un territoire relativement important et pour laquelle la langue est un sujet sensible (prestation de soins en allemand). Les possibilités sont examinées par le biais de différents groupes de travail.

• Ces structures au niveau méso **n'ont été créées que récemment ou sont encore en cours de création**. Sur le plan international, il n'existe que peu de preuves scientifiques indiquant que cette structuration au niveau méso entraîne une amélioration de la qualité¹. Il existe par contre des éléments probants indiquant que l'intégration des services de soins de santé produit un effet positif^{2,3}. Par ailleurs, il n'existe pas encore de norme sur la manière d'organiser ces structures de manière optimale. Outre les modèles scientifiques disponibles, comme le modèle Canterbury New Zealand ou le modèle de l'OMS^{4,5}, l'expérience accumulée en la matière dans les entités fédérées constitue elle aussi un fil conducteur important.

• Non seulement dans le domaine des soins, mais aussi dans **d'autres domaines** comme celui du bien-être, nous observons le début d'une certaine **évolution vers une approche de plus en plus territoriale**. C'est ce que montrent des initiatives comme « één gezin één plan », la politique sociale plus locale, les guichets locaux pour l'accueil des enfants, l'approche en chaîne des violences au sein des familles et d'autres encore.

• La page suivante présente un aperçu d'un certain nombre de « zones » existantes qui fonctionnent au niveau locorégional.

A1
A2
A3
A4
A5



Zones	Description géographique succincte et finalité	Taille de population	Remarques
Provinces	La Belgique compte 10 provinces chargées de défendre les intérêts provinciaux.	288 722 – 1 875 524 personnes	5 provinces en FL et 5 en WAL
25 réseaux d'hôpitaux	Répartis sur toute la Belgique dans le but de mieux adapter l'offre de soins aux besoins de la population, de maintenir le caractère abordable du système et de promouvoir la collaboration entre hôpitaux.	300 000 – 600 000 personnes	13 en FL, 8 en WAL et 4 à BXL
32 réseaux de santé mentale (RSM)	Répartis sur toute la Belgique (présence dans chaque province). Chaque commune fait partie de l'un des 20 réseaux RSM. Au sein du réseau, elles collaborent afin d'optimiser l'aide aux personnes vulnérables sur le plan psychique.	Peu clair	20 RSM pour adultes, 11 pour enfants et jeunes, 1 pour la Communauté germanophone
Projets-pilotes SI	La zone géographique à laquelle un projet participe (zone pilote) est suffisamment grande pour pouvoir faire appel à un nombre suffisant de partenaires et à des ressources suffisantes.	100 000 à 150 000 habitants	3 à Bruxelles, 11 en Flandre et 5 en Wallonie.
Projets P3	Pas de délimitation géographique, ils peuvent s'organiser à leur guise. Ils ne dépassent toutefois généralement pas le niveau local, ce qui fait que certains projets se chevauchent.	Peu clair	12 en Flandre, 1 en Communauté germanophone, 4 en Wallonie, 2 à Bruxelles
Zones de médecine générale	Un domaine géographique contigu d'une ou plusieurs communes, ou une partie de commune dans les grandes agglomérations d'Anvers et Gand au sein desquelles les cercles de médecins généralistes sont actifs.	Peu clair	
Postes de garde de médecine générale	En un lieu fixe – pas de couverture géographique complète	Peu clair	
25 réseaux palliatifs / Plateforme en soins palliatifs	Répartis sur toute la Belgique	300 000 – 1 000 000 habitants	15 en Flandre, 1 en Communauté germanophone, 8 en Wallonie, 1 à Bruxelles
60 zones de première ligne (ZPL)	Les ZPL sont réparties dans toute la Flandre sur des territoires délimités géographiquement. Les ZPL regroupent les professionnels des soins afin de leur permettre de répondre aux besoins de la population.	75 000 – 125 000 personnes	59 ZPL en FL et 1 à BXL
14 zones de soins régionales	Composées de plusieurs ZPL en Flandres, à savoir la réunion de 1 à 4 ZPL visant à regrouper et à développer les expertises.	+/- 400 000 personnes	/
15 régions de référence (Somers)	Réparties sur toute la Flandre avec pour objectif de stimuler les collaborations régionales et de lutter contre la fragmentation.	158 149 – 1 064 277 personnes	Alignement des collaborations existantes sur les régions à partir du 1/1/23 (exceptions temporaires ou définitives possibles)
15 organisations locorégionales de concertation en matière de santé	Réseaux délimités géographiquement dans toute la Flandre (et Bruxelles)	Peu clair	
16 réseaux 1G1P	16 domaines de travail composés de zones de première lignes contiguës (cf. supra)	Par domaine de travail, plusieurs ZPL	1 à Bruxelles, 3 en Flandre-Occidentale, 2 en Brabant flamand, 3 en Flandre-Orientale, 3 dans le Limbourg, 4 à Anvers
11 CAW	Répartis sur toute la Flandre et à Bruxelles avec chacun son propre territoire de travail	Peu clair	
5 (ou 6) bassins d'aide et de soins	Couvrent tout Bruxelles (les communes bruxelloises sont réparties en 5 zones) avec pour objectif de renforcer et réorganiser les soins de première ligne au niveau territorial et transversal.	200 000 – 320 000 personnes	
50 groupements de quartiers	Répartis sur Bruxelles pour assurer un accès plus équitable aux soins dans toute la région	20 000 – 30 000 personnes	
Assises de la première ligne	Initiative répartie sur les différentes provinces wallonnes pour réfléchir à une nouvelle organisation territoriale de l'offre d'aide et de soins et améliorer ainsi les services de santé et d'accompagnement en Wallonie.	encore en discussion	En cours de mise en place
10 Services intégrés de soins à domicile	Créés sur la base des zones de soins géographiques définies par la Wallonie sur l'ensemble de son territoire.	Peu clair	
6 Plateformes de concertation en santé mentale	Chaque plateforme est active sur un territoire spécifique en Wallonie.	Peu clair	6 en Wallonie (les 5 plateformes flamandes ont fusionné en 2019 pour créer une plateforme flamande de concertation)
12 Réseaux locaux multidisciplinaires	Le territoire géographique couvre l'ensemble de la Wallonie avec différents cercles de médecins généralistes.	Peu clair	Les tâches des réseaux locaux multidisciplinaires (RLM) sont assurées en Flandre par les ZPL.
8 communes	La Communauté germanophone de Belgique est répartie sur 8 communes.	Min. 4 000 – max. 19 500 (nombre total d'habitants : 77 949)	

Les images (à gauche) sont présentées à des fins d'inspiration et d'illustration également. Elles ne présentent en aucun cas une vue d'ensemble exhaustive de toutes les structures existantes (zones, réseaux...).

Cette illustration a été créée au cours de la phase 1 du programme en 2022 et ne reflète donc pas les développements ou changements ultérieurs après 2022.

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses



Thème 1 : L'organisation des soins et le soutien au niveau locorégional (3/5)

Description générale et observations scientifiques (suite)

- Comme indiqué ci-dessus, chacune des entités fédérées applique une taille de population donnée pour son niveau locorégional. Attention, la littérature n'apporte **aucune preuve** de l'existence d'une **taille de population idéale**. On considère généralement qu'une taille de population de 70 000 à 150 000 personnes avoir du sens pour le niveau locorégional, mais c'est plus un ressenti de terrain qu'un fait scientifiquement fondé (et ce serait d'ailleurs bien difficile à « prouver »). Il semble important de partir avant tout sur la **finalité** et les **missions correspondantes** d'un niveau locorégional et, sur cette base, de convenir ensuite d'une taille de population et d'administration (les missions et tâches peuvent par exemple consister à regrouper les professionnels des soins dans une zone donnée, à faciliter l'échange de connaissances, à étudier les besoins de soins de santé locaux dans une perspective de qualité des soins...). Au vu des différences possibles dans un contexte locorégional, il est possible qu'une certaine asymétrie soit souhaitable.
- Au sein d'une association locale de collaboration, il convient de tenir compte également de la **gestion des populations**, qui suppose entre autres ce qui suit :
 - La gestion des populations permet aux professionnels de la première ligne de faire le point des besoins de santé et de soins actuels et de les comprendre, mais aussi de prévoir les besoins de soins que les personnes présenteront à l'avenir. Cela permet de prendre des mesures ciblées afin d'améliorer de manière ciblée la santé de certains groupes de personnes.
 - Le principe d'universalisme proportionnelle qui découle du principe d'inclusion des 5AIM offre un moyen qui permet de s'adresser toujours au groupe-cible complet tout en offrant la possibilité de varier l'offre ou certaines actions particulières (par ex. efforts supplémentaires, canaux utilisés, sensibilisation à l'offre...), et ce sur la base des besoins du groupe-cible.
 - Pour identifier les groupes-cibles, on peut recourir à la stratification des risques⁶ sur la base d'indicateurs de santé, d'indicateurs démographiques, d'indicateurs socio-économiques et/ou d'indicateurs structurels.
 - Depuis quelques années, on pratique déjà de plus en plus une approche axée sur les populations dans les soins de santé, y compris en Belgique, comme en témoignent les événements récents comme la campagne de vaccination contre le COVID-19.

Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé

Dans le cadre de la délimitation géographique :

- Nous constatons que (presque) toutes les personnes-clés indiquent que ce thème est d'une **importance vitale** pour l'évolution vers l'aide et les soins intégrés. Plus encore, le principe de territorialité, à savoir le fait de travailler sur la base de territoires géographiques tels que des zones pour l'organisation des soins, est considéré comme une pierre angulaire cruciale par la plupart des personnes-clés.
- La réalité actuelle montre toutefois que **ce thème se développe selon des chronologies différentes** dans les entités fédérées. Ainsi, la Flandre peut s'appuyer sur des structures locorégionales entrées récemment en vigueur (conseils des soins et zones de première ligne) tandis qu'à Bruxelles et en Wallonie, la mise en place du niveau locorégional est encore en cours. Les personnes-clés semblent également convaincues de la dynamique d'une structure comme celle des zones de première ligne, mais il manque encore de clarté quant aux outils et aux conditions. Il est également demandé de **partir de ce qui a déjà été mis en place** pour les développements à venir : « ne créez pas de nouvelles structures, poursuivez le développement de ce qui existe ».
- Les personnes-clés indiquent également qu'il existe **quelques facteurs bloquants** en ce qui concerne ce thème. Le point essentiel est qu'il existe aujourd'hui tout un éventail de zones/périmètres/territoires qui suivent des **délimitations géographiques différentes** (par ex. la délimitation des zones de première ligne ne correspond pas à celle des réseaux d'hôpitaux). Les personnes consultées ont lancé un appel clair à l'harmonisation et à la simplification. Les personnes-clés se demandent aussi quelles seront les **structures de gouvernance, les rôles et les responsabilités** du niveau locorégional. On observe ici un lien clair avec les autres thèmes. Pour un certain nombre de personnes-clés, il semble en effet logique d'associer le financement (voir thème 6) aux niveaux locorégionaux. Les actions liées à la formation, au développement et à la culture pourraient également relever des missions du niveau locorégional. La **composition** des instances a également été évoquée comme un élément à revoir en vue d'assurer une représentation représentative de tous les groupes de parties prenantes concernés, toujours dans une perspective de multidisciplinarité.
- Et enfin les personnes-clés insistent sur la nécessité de s'assurer un **soutien suffisant de la base** pour la poursuite du développement du niveau locorégional. Il va en effet falloir renforcer la collaboration avec le terrain (voir aussi ci-dessous), d'où la nécessité absolue de cette adhésion. Les personnes-clés estiment que mettre en œuvre un (nouveau) niveau locorégional par en haut n'est pas la bonne approche.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 1 : L'organisation des soins et le soutien au niveau locorégional (4/5)



Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé (suite)

Dans le cadre de la gestion de la population :

- Selon les personnes-clés, il convient d'aligner l'offre sur les besoins de la population, qui peuvent varier d'une région à l'autre, selon une stratégie d'universalisme proportionnel. Les personnes-clés suggèrent de délimiter des populations (5-10K) pour lesquelles il est possible de rendre les soins plus intégraux.
- Les personnes-clés affirment toutefois qu'il n'existe pas suffisamment de données disponibles pour pouvoir réaliser une analyse des besoins pour ces populations.

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

Dans le cadre de la délimitation géographique et du paysage locorégional :

- **Tous les GP** : les groupes de projets, tout comme les personnes-clés, perçoivent actuellement les différentes délimitations géographiques au niveau locorégional comme un facteur bloquant, et même un élément contre-productif pour l'évolution de l'aide et des soins intégrés. Les groupes de projets disent avoir besoin d'une harmonisation des territoires. Deux remarques à ce propos :
 - 1) La situation actuelle pose problème en particulier aux personnes vivant à proximité des limites entre deux zones. Par exemple : dans les projets P3 consacrés aux soins de nuit, les professionnels des soins reçoivent régulièrement des demandes de soins de personnes habitant « juste de l'autre côté de la frontière », et les prestataires de soins ne peuvent donc pas répondre à ces demandes. Ces professionnels se heurtent ainsi littéralement aux limites de leur travail. (*rem. : il pourrait s'agir d'un problème de perception ; l'intention n'est pas de rendre les territoires « obligatoires » dans les plans futurs, il convient de préserver la liberté de la personne de demander des soins là où elle l'entend*).
 - 2) À Bruxelles, cette problématique se présente de manière moins explicite, peut-être en raison du rôle joué par Brusano pour l'ensemble du territoire bruxellois, de l'intégration du projet des SI BOOST dans les structures de Brusano, des deux réseaux RSM (enfants/jeunes et adultes) qui couvrent tous deux l'ensemble du territoire bruxellois et du fait que, dans le cadre du Plan Social Santé Intégré, une division en 5 (ou peut-être 6) bassins de vie et une cinquantaine de groupements de quartiers sont envisagés mais ne sont pas encore en vigueur.
- **Projets de SI** : il ressort des ateliers que les projets de SI sont encore **à la recherche de leur positionnement exact dans le paysage locorégional**. Ils ne sont pas certains des rôles et responsabilités (à l'heure actuelle comme à l'avenir). Cela donne naissance à un certain sentiment **de concurrence** par rapport au niveau locorégional flamand (les conseils de soins et les zones de première ligne), des situations dans lesquelles certains groupes de projets et les conseils de soins/ZPL souhaitent jouer le même rôle. Les différences de compétences (initiatives fédérales vs. initiatives flamandes) et le manque de clarté quant aux limites des responsabilités de chacun viennent accentuer les difficultés. Dans la pratique, cela entraîne une collaboration complexe étant donné qu'il est difficile d'établir des liens entre les activités des projets de SI et le niveau locorégional flamand. La redistribution de certaines responsabilités (visant à faciliter l'adhésion) n'est pas simple non plus étant donné que ces deux structures reçoivent un financement différent. Malgré les différents facteurs bloquants, les répondants se disent fermement convaincus de l'importance de la collaboration et de la nécessité absolue de définir des rôles et responsabilités concrets. Cela vaut tout autant au niveau transversal qu'au niveau des actions (« *pas de coordination, pas de changement* »).

En ce qui concerne l'approche axée sur les populations :

- Les trois groupes de projets prennent chacun différentes actions pour recenser le mieux possible les besoins de leurs groupes-cibles : collecte d'input auprès de différents prestataires de soins, enquêtes sur les besoins auprès des citoyens, stratification des risques, enquêtes au sein des communes (en collaboration avec les pouvoirs locaux)... Même si certains projets affirment toucher leur groupe-cible par le biais de référents de quartier (cf. projets pilotes SI) et de sites (cf. projets PPL), ils sont d'avis qu'ils ne sont pas actuellement en mesure d'appliquer une approche axée sur les populations, entre autres pour les raisons suivantes :
 - Le manque de moyens et/ou d'expertise en matière de gestion de population ;
 - Le manque de données utilisables pour recenser la population ;
 - Certains outils trop peu adaptés aux besoins du terrain ;
 - L'offre disponible qui ne reflète pas la demande ;
 - Pression de temps : pour les projets PPL en particulier, on ressent une pression pour utiliser rapidement les moyens financiers disponibles sans garantie que ces moyens sont consacrés aux bons groupes-cibles.
 - Spécifiquement pour les PPL – accessibilité non évidente : une partie des groupes-cibles (prioritaires), principalement les personnes vulnérables, n'ont pas accès aux soins psychologiques de première ligne étant donné que leur assurance-maladie n'est pas à jour (pour toutes sortes de raisons). Cela rend la gestion de population plus difficile.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 1 : L'organisation des soins et le soutien au niveau locorégional (5/5)



Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP) – suite

- Les projets reconnaissent en outre la difficulté d'assurer un équilibre entre le respect de la vie privée et de la réglementation GDPR et l'approche proactive et préventive (cf. thème 9) des citoyens sur la base d'une approche axée sur les populations. Les groupes de projets adressent des attentes claires aux autorités, à savoir une vision claire concernant l'utilisation des données d'une approche axée sur les populations et des initiatives pour l'analyse des données.

Conclusion

- La diversité/l'hétérogénéité des délimitations géographique semble être une réalité en Belgique, mais il existe pourtant une demande importante de création d'une plus grande uniformité.
- Bien qu'il existe déjà certaines structures, il semble nécessaire de mieux délimiter les missions et responsabilités propres à chacune de ces structures : à quel niveau les différents éléments sont-ils assurés, et où se situe la complémentarité ? On notera également que certains éléments devraient sans doute être envisagés dans une perspective suprarégionale. Ici aussi, une concertation est nécessaire.
- Pour définir ces périmètres et missions, l'idéal est probablement de se baser sur l'existant selon une approche Bottom-up. Cela permet également de tenir compte des symétries existantes (p. ex. différence dans la taille de population utilisée).
- Il semble également exister un lien avec l'opérationnalisation de la gestion de population (initialement associée au thème 3). Ce point est également lié à l'ambition de créer un tableau de bord.
- La problématique des frontières est évoquée spécifiquement. On peut se demander dans quelle mesure une perception erronée y contribue également : y a-t-il des accords qui rendent les soins nécessaires plus difficiles et/ou un problème de perception quant aux accords convenus ?

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 2 : Intégration horizontale et verticale des soins de santé (cf. continuité des soins) (1/2)



Description générale et observations scientifiques

- La collaboration au sein du secteur des soins de santé et entre les différents acteurs de ce secteur est cruciale pour réaliser l'aide et les soins intégrés. Cela nécessite une intégration au niveau locorégional au sein de certaines régions (la taille de la région peut varier selon les besoins – dans le cas de pathologies rares, par exemple, l'intégration devra se faire sur une région géographique plus large en raison du nombre limité de patients concernés). L'intégration peut se présenter dans les dimensions suivantes :
 - Vertical** : entre les lignes au sein des soins de santé (cf. soins transmuraux ou soins en chaîne) et
 - Horizontal** : à l'intérieur d'une ligne de soins de santé d'une part (par ex. première ligne) et entre les secteurs de soins de santé d'autre part.
 - Il est possible de développer ces deux dimensions simultanément, l'une ne vient pas nécessairement avant l'autre.
- Sur base des projets, il existe déjà des initiatives ou des possibilités de réaliser cette intégration dans différentes dimensions, par exemple des discussions de cas ou une concertation multidisciplinaire dans le cadre des projets du protocole 3 et le partage de données / la gestion des renvois entre la première ligne et la deuxième ligne lorsque des patients quittent l'hôpital dans le cadre des projets-pilotes aide et soins intégrés¹. Les **7 projets transversaux de l'INAMI** réalisent eux aussi l'intégration dans la pratique (dans le sens vertical et horizontal) avec des initiatives comme le pré-trajet diabète, le trajet de soins pour l'obésité chez les enfants, le trajet de soins post-COVID ou le trajet de soins périnatal multidisciplinaire pour les femmes vulnérables.
- La **mesure dans laquelle l'intégration est nécessaire est déterminée par les besoins du patient** : certaines pathologies nécessitent principalement une intégration verticale des acteurs des soins (par ex. diabète), tandis que les pathologies complexes ou les patients vulnérables peuvent plutôt nécessiter une intégration horizontale des services de soins de santé (par ex. psychiatrie de liaison en 2^e ligne).
- Pour réaliser l'intégration horizontale et verticale des soins de santé, **il est nécessaire de disposer de points d'appui répondant aux conditions de base de l'intégration fonctionnelle et normative**. Il existe **différents modèles décrivant cette intégration**, par ex. le modèle Arc-en-ciel de Valentijn ou le modèle Canterbury. Le cadre souhaité doit être défini au niveau macro puis concrétisé et réalisé au niveau méso.
 - L'**intégration normative des soins** (« le partage d'une mission, de valeurs et de normes identiques entre les prestataires de soins ou les organisations »²) peut être réalisée par le biais de protocoles multidisciplinaires et d'accords entre organisations dans les soins et le bien-être. Les recherches internationales ont montré que l'utilisation de protocoles ou de processus standardisés peut faciliter l'intégration pour autant qu'ils ne soient pas obligatoires et qu'il subsiste une flexibilité suffisante pour relever des défis variés et souvent complexes³. Cela peut se faire par exemple par la mise en œuvre d'un trajet de soins utilisé par exemple pour le diabète de type 2 et les insuffisances rénales chroniques, qui permet d'organiser de manière optimale la collaboration entre le patient, le médecin généraliste, le personnel infirmier, le spécialiste et les autres travailleurs de la santé (par ex. diététicien, podologue...).
 - Pour l'**intégration fonctionnelle des soins** (la « coordination entre le travail administratif, le travail de soutien et le travail de soins »²), il faut éliminer **3 obstacles** : l'absence d'un **système de dossiers intégré au niveau du patient, le financement basé sur les prestations** comme système de rémunération dominant et l'**organisation des soins en silos ou en pratiques individuelles**². Pour réaliser l'intégration entre différentes organisations et sur différents secteurs, une certaine structure au niveau méso facilitant les relations informelles entre les prestataires de soins et les travailleurs du bien-être est cruciale (voir le thème 1)³.

Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé

- Les personnes-clés considèrent l'intégration horizontale et verticale visant à garantir la continuité des soins comme une **condition importante** pour l'aide et les soins intégrés.
- Plusieurs personnes-clés ont évoqué le **potentiel de chevauchement avec d'autres thèmes** : si les autres thèmes sont abordés et mis en œuvre, l'intégration sera elle aussi réalisée.
- La mise en œuvre de **protocoles, de processus et de structures est perçue comme une manière possible de réaliser l'intégration**, mais cela ne peut pas se faire aux dépens des bonnes pratiques déjà présentes actuellement. Une approche trop rigide de ces éléments risque de faire disparaître l'intégration existante au lieu d'apporter une valeur ajoutée.

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 2 : Intégration horizontale et verticale des soins de santé (cf. continuité des soins) (2/2)



Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé (suite)

- L'accent a été mis sur le focus actuel dans les différents états fédérés concernant la réforme de la première ligne des soins de santé, ce qui pourrait entraîner deux **pièges potentiels** : (1) **intégration insuffisante du bien-être dans la première ligne** et (2) **intégration verticale insuffisante avec les 2e et 3e lignes**, alors que cette intégration est très importante pour la continuité des soins.
 - L'**intégration horizontale** du bien-être est considérée comme essentielle pour pouvoir faire le lien vers d'autres services selon le principe *health in all policies* (l'intégration de la politique de soins de santé dans d'autres domaines de politique également).
 - Pour ce qui est de l'intégration verticale, les répondants ont l'impression qu'elle est rendue plus difficile par le fait que, s'il existe effectivement des structures et un financement clair au sein d'une même ligne, ces structures et ce financement diffèrent d'une ligne à l'autre. Un alignement est par ailleurs nécessaire pour éviter le risque que les soins transmuraux aient pour conséquence que les professionnels de 2e ligne assument des tâches de soins qui relèvent en fait de la première ligne (ce qui serait contraire au principe de subsidiarité).
 - Plusieurs personnes-clés ont évoqué la disponibilité d'un dossier patient électronique et intégré comme une condition importante de l'intégration.

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- Selon les GP, la réalisation de l'**intégration horizontale et verticale** peut se faire via la mise en œuvre de conventions de projet et d'accords réciproques concernant les processus. Ils insistent toutefois aussi sur le fait que le cadre prévu doit laisser une flexibilité suffisante. Les décisions politiques ou administratives sont parfois trop éloignées du terrain et rendent les choses plus complexes par la combinaison de différents niveaux de compétences (au niveau de la législation, du financement...).
- Le **rapprochement (physique)** des professionnels et la création de relations (informelles) sont perçus comme des conditions importantes pour parvenir à l'intégration. La collaboration se passe mieux lorsque les gens se connaissent et savent où se trouver (voir également le thème 4). Les GP indiquent que cette collaboration, du fait de leur investissement de longue date entre les soins de santé, se passe déjà mieux entre ces partenaires que, par exemple, entre les partenaires des domaines du logement et ceux du travail.
- Les GP indiquent que l'intégration est rendue plus difficile actuellement par un manque d'harmonisation entre les réseaux existants, par la crainte de perdre sa propre autonomie, qui a tendance à centrer les réflexions sur un groupe professionnel ou un établissement donné, et par la communication parfois difficile avec sa propre base.
- Selon eux, la **création d'une vision commune et l'harmonisation des processus internes** entre différentes organisations et la stimulation d'une collaboration étroite avec un feedback continu contribueraient à promouvoir l'intégration (voir aussi les thèmes 1 et 4).

Conclusion

- Ce thème semble lui aussi étroitement lié au positionnement des différentes tâches.
- Un facteur de risque qui pourrait freiner les discussions sur d'autres thèmes et donc aussi sur ce thème est la perception qu'il subsiste encore de nombreux « silos » (administrations – terrain, entre les différents professionnels des soins, entre les entités fédérées et le fédéral...).
- De nombreux outils sont également susceptibles de constituer des leviers dans ce cadre.
- Dans la pratique, l'intégration passera peut-être par l'intégration d'un certain nombre d'autres thèmes.
- L'élaboration de trajets concrets dans certains domaines pathologiques peut donner une signification plus concrète à l'intégration sur le terrain.
- Et enfin, il semble également que ce thème soit étroitement lié aux accords susceptibles d'être conclus sur d'autres thèmes (p. ex. financement, outils numériques, etc.).



Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 3 : Organisation, renforcement et maintien de capacités de soins (multidisciplinaires) adaptés aux besoins, y compris le développement des compétences (1/3)

Description générale et observations scientifiques

- En ce qui concerne l'**organisation, le renforcement et le maintien de capacités de soins (multidisciplinaires)** :
 - Notre société évolue vers un plus grand nombre de malades chroniques et de patients atteints de pathologies multiples, et l'offre de soins et d'aide doit donc être adaptée à l'évolution des besoins. La **garantie des capacités de soins nécessaires** suppose entre autres des équipes multidisciplinaires possédant des compétences complémentaires. Pour réaliser cette approche multidisciplinaire, il est nécessaire de décrire clairement les tâches et responsabilités tout en laissant une flexibilité suffisante dans la répartition des tâches pour que le personnel soignant et aidant puisse répondre de manière optimale aux besoins de chaque personne dans son contexte¹. Le recensement des professionnels et des compétences disponibles dans le paysage de soins local permet d'identifier et de résoudre les lacunes de capacités¹.
 - Par exemple, un **transfert de tâches** au sein de l'équipe de soins peut contribuer à réduire la pression professionnelle, combattre les pénuries de soignants et d'aidants et améliorer la satisfaction des patients et de leurs proches². Le personnel infirmier peut par exemple assurer une partie des tâches des médecins ou assurer des fonctions complémentaires par rapport aux médecins. Pour permettre ce transfert de tâches, une bonne description des compétences est indispensable. Les recherches ont mis en évidence la contradiction entre l'élargissement des compétences et pouvoirs des professionnels et l'« hyperspécialisation » des soins³. Il est indispensable de développer les compétences nécessaires chez un nombre suffisant de professionnels.
 - On mise de plus en plus sur le travail dans le cadre de **pratiques multidisciplinaires** et la mise en place de **fonctions de coordination**, mais la nomenclature actuelle de l'INAMI ne facilite pas suffisamment cette manière de travailler. Les recherches internationales ont montré que le travail en pratiques multidisciplinaires permet aux patients d'obtenir plus rapidement les soins dont ils ont besoin, rend la coordination plus efficace et améliore la continuité⁴. Plusieurs facteurs contribuant à la réussite du travail en équipes en première ligne ont été identifiés : être basés au même endroit, des rôles et processus définis, un basculement culturel des soins dirigés par les médecins vers des soins gérés par une équipe et une bonne communication passant par de brefs entretiens quotidiens (les « huddles »)^{4,5}. Le « **New Deal** » de soutien et de réforme de la médecine générale (vers des structures de première ligne interdisciplinaires) est un exemple d'initiative fédérale facilitant la transition depuis les pratiques en solitaire vers les pratiques multidisciplinaires, par exemple par l'élaboration d'incitants pour la collaboration multidisciplinaire et la délégation de tâches à d'autres profils au sein d'une pratique (par ex. personnel infirmier, assistants ou collaborateurs administratifs).
 - Pour la rétention des prestataires de soins, il est important de créer une valeur ajoutée et une résilience pour le professionnel, comme le prévoit le Quintuple Aim, afin que les prestataires de soins puissent accomplir leurs tâches correctement et de manière durable. Cela peut se faire par le développement des compétences et le soutien des professionnels, mais aussi en prêtant attention au bien-être mental et à l'épanouissement des professions de soins.
 - La **formation initiale et continue des professionnels**, qui permet de développer les compétences nécessaires et nouvelles, est un élément important de la réalisation de l'aide et des soins intégrés. Dispenser une **formation de base à des groupes multidisciplinaires** peut contribuer à améliorer la connaissance des autres professions de santé et à favoriser le développement d'un "langage" commun. Une formation de **suivi régulière** est obligatoire pour un certain nombre de professions, mais ce n'est pas le cas pour tous les professionnels de la santé et des services sociaux. En outre, une attention suffisante doit être accordée au travail intégré et multidisciplinaire dans ces formations, en plus des compétences spécifiques à la profession.
 - En outre, les professionnels doivent être soutenus dans leur transition vers l'aide et les soins intégrés : un mode de travail pluridisciplinaire requiert **diverses compétences** allant de la culture numérique aux aptitudes à la communication pour pouvoir collaborer efficacement avec ses collègues et la personne dans son contexte, effectuer un suivi de qualité ou développer une approche basée sur la population¹. Actuellement, ces compétences ne sont couvertes que de manière limitée dans la formation de base et continue des professionnels, ou bien il y a un manque d'outils performants pour soutenir le professionnel, par exemple dans le cas de compétences relativement "nouvelles" telles que **l'interprétation des données pour une approche basée sur la population**.
 - Ces dernières années, une attention croissante a été accordée au bien-être (mental) des professionnels de la santé, qui peut être surveillé par le biais d'un interrogatoire de routine, afin de pouvoir agir par des mesures de soutien si nécessaire. Un exemple en est l'enquête Power to Care⁶ menée pendant la pandémie COVID-19 par Sciensano et la KU Leuven avec le soutien de Zorgnet-Icuro, Steunpunt Geestelijke Gezondheid/Te gek !?, santhea, GIBBIS et l'UNESSA.⁷ Actuellement, un nouveau questionnaire pour enquêter sur le bien-être mental des professionnels des soins, le questionnaire Be.well.pro, est en cours de développement et sera testé dans un projet pilote à partir de 2023.



Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 3 : Organisation, renforcement et maintien de capacités de soins (multidisciplinaires) adaptés aux besoins, y compris le développement des compétences (2/3)

Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé

Dans le cadre des capacités de soins (multidisciplinaires) :

- Les personnes-clés soulignent la nécessité d'une offre suffisante pour pouvoir répondre aux besoins de la population. Les acteurs du secteur du bien-être ont indiqué à plusieurs reprises qu'ils rencontraient actuellement un problème de capacités. Même si certaines personnes-clés sont d'avis que le manque de capacités rend le travail multidisciplinaire plus difficile, d'autres sont d'avis que l'approche multidisciplinaire pourrait précisément apporter une solution à ce problème. Les entretiens ont révélé clairement que l'offre doit conserver une certaine flexibilité pour garantir les capacités : d'autres groupes professionnels susceptibles d'intervenir partiellement et temporairement si nécessaire (par ex. en cas de listes d'attente pour les soins psychologiques).
- Les enquêtes ont permis d'identifier différents **points d'attention en ce qui concerne les capacités de soins** :
 - L'offre ne peut pas varier entre les communes pour garantir la stabilité.
 - Il est important que le personnel soignant et aidant ait une vue suffisante sur tout le domaine du bien-être et des soins afin de permettre un transfert de tâches, des collaborations et des renvois entre spécialistes corrects et efficaces. Ils sont demandeurs d'une version améliorée de la carte sociale ou d'un cadastre dynamique ;
 - Il est indiqué que les patients chroniques doivent être considérés comme le groupe le plus important parce qu'ils ont un plus grand besoin de gestion de population, de prévention et d'empowerment.
 - Il convient aussi de miser davantage sur la quantité de prestataires de soins.
 - Certains métiers peuvent être envisagés sans se limiter à un diplôme donné, par exemple le travail social : pas uniquement des assistants sociaux ;

Dans le cadre du développement des compétences :

- Les personnes-clés accordent une grande importance à la **formation de base et aux formations complémentaires pour réaliser le travail multidisciplinaire**, en accordant l'attention nécessaire au développement de compétences dans les soins informels également.
- Elles affirment également que les **intervisions** sont utilisées comme méthode pour le **partage des compétences, des expériences et des connaissances**.
- Pour optimiser le développement des compétences, elles voient principalement pour les pouvoirs publics un rôle de facilitateur dans le domaine d'une nouvelle loi sur la qualité et d'un système de reconversions. Les répondants aux enquêtes ont exprimé différents **besoins/incitants à la collaboration multidisciplinaire** : temps et espace, ressources/finances, infrastructure numérique des pouvoirs publics, accords avec les administrations locales afin de pouvoir organiser le bien-être et les soins à un niveau proche du citoyen.

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- **Dans le cadre des capacités de soins**, certains GP indiquent que l'offre disponible ne correspond pas à la demande. Ils considèrent ce décalage, en plus d'autres éléments évoqués au thème 1, comme un obstacle à la réalisation d'une approche de la pratique axée sur les populations.
- **Dans le cadre du développement des compétences**, les trois groupes de projets disposent déjà d'une offre importante mais se rendent compte qu'il en faudrait encore plus pour développer chez tous les acteurs concernés les compétences nécessaires à un travail intégré/multidisciplinaire. Les groupes de projets réclament également un plus grand nombre de formations transversales entre les secteurs et davantage de transferts et d'échanges de connaissances.
 - Les projets-pilotes SI indiquent qu'il existe un écart entre la théorie et la pratique et que l'implication des universités et des hautes écoles pourrait apporter une valeur ajoutée (aussi bien pendant la formation de base que dans les formations complémentaires). Les différents projets participent actuellement à une intervision organisée par le gouvernement fédéral. Dans ce contexte, les projets optent pour des interventions entre les différents projets-pilotes SI en présence d'un modérateur « neutre ».
 - Dans les projets PPL également, on cite des exemples concrets réalisés actuellement dans le cadre du développement des compétences : interventions avec les prestataires de soins et les coordinateurs locaux, travail avec des carrefours, soutien 1 sur 1, etc. Différentes séances d'informations consacrées aux visions axées sur le rétablissement sont également lancées, mais on constate dans la pratique que cette vision est encore trop méconnue et trop peu soutenue par les aidants et soignants. Il reste donc de la place à un plus grand nombre d'initiatives sur le thème du travail axé sur le rétablissement.



Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 3 : Organisation, renforcement et maintien de capacités de soins (multidisciplinaires) adaptés aux besoins, y compris le développement des compétences (3/3)

Conclusion

- Il semble que ce thème soit étroitement lié à l'organisation du système de connaissances en vue du développement des connaissances et compétences nécessaires chez les professionnels des soins d'aujourd'hui et de demain.
- D'un autre côté, il semble intégrer aussi une question de capacités. On observe une demande très concrète de flexibilisation pour l'échange de personnel. Il convient de recommander d'étudier dans quelle mesure il serait possible d'engager des démarches favorables au terrain sans se trouver pris dans une impasse juridique (cf. loi sur les métiers des soins de santé, numerus clausus, agréments...).

A1

A2

A3

A4

A5

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 4 : Concrétisation du processus de soins / du trajet de soins / du parcours de soins / de la planification des soins, y compris la coordination des soins

et de l'aide et le case management (1/3)

Description générale et observations scientifiques

- L'évolution des besoins de soins de la population nécessite une coordination croissante des soins. Dans le cadre de l'aide et des soins intégrés, cela suppose le développement de nouveaux rôles, de nouvelles compétences et une (ré-)affectation des tâches pour le personnel de soins et d'aide ainsi que pour le patient (cf. thème 8). Ces nouveaux rôles et ces nouvelles compétences sont exprimés dans le processus de planification des soins, de concertation sur les soins et de coordination des soins et de l'aide, de case management ainsi que dans la réalisation de soins orientés vers des objectifs en traduisant les objectifs de vie en objectifs et tâches de soins afin d'aligner les soins nécessaires sur les besoins, les objectifs et les capacités de la personne en demande de soins et de son entourage.
- Pour réaliser l'aide et les soins intégrés dans la pratique, il existe un **besoin de coordination et de communication** entre les différents travailleurs de soins de santé à **deux niveaux** : le niveau micro et le niveau méso¹.
 - Au **niveau micro**, les fonctions de coordinateur de soins et de case manager sont apparues. Elles sont décrites dans la CIM du 25 mars 2019 :
 - La « **coordination des soins** et de l'aide » est décrite comme « un processus collaboratif d'évaluation, de planification, de concertation et de défense des intérêts visant à ce que les options et services correspondent aux besoins (et souhaits) globaux de soins de la personne et à son environnement, via la communication et les outils disponibles, afin de promouvoir des résultats de qualité à un coût raisonnable. » Le rôle du coordinateur de soins est assuré par l'un des prestataires de soins au sein de l'équipe de soins.
 - La CIM du 25 mars 2019 (voir l'annexe 14) précise également que, lorsque la coordination des soins et de l'aide ne suffit pas pour offrir les soins et le soutien nécessaires à la personne et à son aidant, il peut être fait appel à un case manager. L'objectif du **case management** est décrit comme suit : « rétablir et stabiliser la situation de soins du patient et la coordination des soins et de l'aide de façon à pouvoir revenir à un processus de soins de qualité. »
 - Quelques exemples d'initiatives existantes liées à ce thème : [Born in Belgium](#), BelRAI, et le « [digitaal zorg- en ondersteuningsplan](#) » flamand.
 - Au **niveau méso**, il peut également exister un besoin de fonction coordinatrice assurant la cohérence et la liaison entre différents groupes de professionnels et différentes organisations. Cette fonction doit pouvoir communiquer avec toutes les parties concernées. Il est important dans ce contexte d'insister sur le fait que le terme « coordinateur » ne désigne pas une fonction de pouvoir, mais bien une fonction de service. Les connaissances du terrain et les contacts avec le terrain sont d'une importance vitale pour ce rôle¹.
- Dans le cas de besoins de soins complexes, des protocoles peuvent aider à faciliter la collaboration multidisciplinaire et à intégrer les soins. Pour cela, on peut utiliser :
 - Une **trajectoire de soins** dans laquelle la prise de décisions et l'organisation des processus de soins sont assurées pour un groupe donné de patients durant un cadre temporel défini (par ex. trajectoire de soins pour l'obésité chez les enfants et les jeunes). Les objectifs sont décrits de manière explicite, les interventions-clés sont déterminées sur la base de données probantes et différentes activités de soins sont coordonnées, et les résultats sont documentés, suivis et évalués².
 - Un **programme de soins ou trajet de soins**, qui décrit l'ensemble des soins pour un groupe de patients souffrant d'une maladie chronique : en quoi consistent les soins, à quoi ressemble la planification des soins, sous quelle forme les soins sont-ils prodigués et qui sont les prestataires de soins³. L'objectif est ici d'organiser le mieux possible la collaboration entre les patients atteints d'une maladie chronique, leur médecin généraliste et leur spécialiste afin d'assurer un suivi qualitatif du patient⁴. Un trajet de soins commence avec la signature d'un contrat de trajet de soins. Les trajets de soins existants (diabète de type 2 et insuffisance rénale chronique) en Belgique ont déjà conduit à une amélioration de la qualité des soins⁵.

Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé

- Durant les enquêtes, les personnes-clés ont indiqué avoir besoin d'une **clarification des concepts de « coordination des soins et de l'aide » et de « case management »** afin de parvenir à un **langage et une vision communs** dans ce domaine. Selon elles, les définitions convenues au niveau de la Conférence interministérielle (CIM) ne sont toujours pas parvenues jusqu'au terrain ou bien nécessitent une révision.
- En ce qui concerne les **protocoles**, certains répondants affirment que ceux-ci doivent être convenus au niveau macro étant donné qu'il ne devrait pas y avoir de différences d'une région à l'autre.. Pour ce qui est des patients atteints de pathologies rares, ils signalent qu'il est également idéal de définir les protocoles au niveau macro étant donné que ce groupe-cible est trop petit au niveau méso. D'autres affirment plutôt qu'il serait préférable, de définir les trajets de soins selon une approche bottom-up. Les personnes-clés font également état d'un besoin de modèles/protocoles au sein des équipes de soins.



Concepts liés
• Planification des soins
• Parcours de soins
• Processus de soins
• Trajet de soins
• Consultation de soins
• Coordination des soins
• Case management
• ...

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 4 : Concrétisation du processus de soins / du trajet de soins / du parcours de soins / de la planification des soins, y compris la coordination des soins et de l'aide et le case management (2/3)



Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé (suite)

- Ils conviennent également d'accorder de l'attention à l'harmonisation entre différentes structures. En matière de coordination et de communication, les points d'attention suivants sont évoqués :
 - Il n'est pas nécessaire d'inventer de nouvelles fonctions, mais il y a un besoin de flexibilité sur le terrain pour assurer la coordination et la communication.
 - Certains considèrent le médecin généraliste comme l'épine dorsale de la coordination des soins et de l'aide, mais d'autres estiment que ce rôle ne doit pas être réservé au médecin traitant. Dans ce cas, le rôle de coordination ne doit pas être confié à un groupe professionnel particulier, l'essentiel est d'avoir un lien de confiance suffisant entre le professionnel et la personne.
 - Il faut adopter des conventions claires quant à la personne qui assumera ce rôle au sein de l'équipe.
 - Il n'y a pas de consensus quant au niveau auquel le case management devrait avoir lieu : certains optent pour le niveau le plus bas (pas le niveau méso) tandis que d'autres ne trouvent pas cela très clair et demandent une clarification étant donné que différents secteurs interprètent différemment la finalité et la fonction du case management. À Bruxelles, la fonction de coordination est la personne qui fait le lien entre toutes les disciplines de la première ligne et se charge d'établir et de suivre un plan de besoins pour une personne.
- Il convient d'éviter de créer une charge administrative supplémentaire lors de la définition des protocoles ou processus au niveau méso.
- Les thèmes du financement (cf. thème 6) et des outils numériques (cf. thème 10) sont considérés comme des leviers pour réaliser la concrétisation de ce thème. Le dossier numérique est en effet un moyen de donner corps à la communication et aux processus de soins, et le financement du rôle de coordinateur au niveau méso peut faciliter la réalisation de soins fluides au niveau micro et au niveau méso.

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- Pour ce qui est de la **coordination**, on constate des différences d'opinions entre les trois groupes de projets :
 - Par comparaison aux autres groupes de projets, les projets P3 ont une attitude plutôt favorable vis-à-vis du case management. Ils qualifient les **case managers** de « **véritables bâtisseurs de ponts** » parce que leur travail se situe au-delà des disciplines et des organisations. Ils comparent cependant le case management actuel à de la gestion de crise, et préféreraient l'accompagnement de trajet d'il y a 13 ans, qui a été remplacé par la suite par le case management et qui applique le principe du suivi du patient tout au long de son trajet.
 - Les deux autres groupes de projets affirment surtout qu'il règne encore un grand **manque de clarté** sur les **concepts de case management et de coordination des soins et de l'aide**, sur le rôle des case managers, etc. Selon eux, le case management et la coordination des soins et de l'aide restent des concepts abstraits plutôt qu'une pratique concrète et les niveaux de pouvoir supérieurs n'utilisent pas de définitions claires. Ils évoquent l'importance de rémunérer le temps consacré à la coordination comme un facteur facilitant important.
- En ce qui concerne les **trajectoires de soins**, les projets PPL font savoir qu'il existe quelques initiatives relatives aux trajectoires de soins (suicide, alcool...) mais que ces initiatives auraient elles-mêmes besoins de lignes directrices quant au fond pour élaborer des trajectoires et/ou processus. Ils estiment qu'il ne faut pas se montrer trop ambitieux vis-à-vis des nouvelles trajectoires ou des nouveaux processus de soins, mais qu'il vaut mieux miser sur le déploiement sur le terrain des éléments actuellement en préparation. Utiliser et développer l'existant est au moins aussi utile que le lancement de grandes initiatives trop ambitieuses et coûteuses. En ce qui concerne le développement des trajectoires de soins, les projets PPL affirment que l'accent n'a pas été mis sur ce point jusqu'à présent mais que, plus le temps passe, plus on s'attache à la concrétisation qualitative des soins.
- En ce qui concerne l'instrument Belrai, les projets P3 considèrent que la conclusion issue de cet instrument ne correspond pas toujours à l'appréciation d'un professionnel. De ce fait, il arrive en pratique que l'instrument Belrai soit alimenté de manière à le faire parvenir à une conclusion correspondant aux besoins de soins observés dans la pratique.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 4 : Concrétisation du processus de soins / du trajet de soins / du parcours de soins / de la planification des soins, y compris la coordination des soins et de l'aide et le case management (3/3)

Conclusion

- Malgré l'adoption de définitions pour la coordination des soins et de l'aide et le case management (cf. décisions de la CIM), celles-ci ne semblent pas être parvenues jusqu'au terrain. Les définitions s'avèrent ambiguës et/ou sont interprétées de différentes manières.
- Le moment semble venu de trancher certaines questions pour ce thème



A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 5 : Culture d'aide et de soins intégrés (1/2)



Description générale et observations scientifiques

- Une culture d'aide et de soins intégrés peut désigner différents éléments :
 - Il s'agit d'une part d'une **attitude ou d'un point de départ** pour l'aide et les soins intégrés (il peut s'agir par ex. d'un contexte informel dans lequel, entre autres, les citoyens sont prêts à assumer un rôle actif de partenaires de leur processus de soins, les aidants et soignants recherchent activement la collaboration multidisciplinaire, où l'on participe à la numérisation des soins, où les organisations sont prêtes à coopérer, responsabilités partagées pour la santé et le bien-être des citoyens et des communautés, etc.).
 - Mais les **valeurs et normes** sous-jacentes en vigueur dans les soins de santé et le bien-être peuvent elles aussi faire partie d'une culture.
 - Une **mission et une vision partagées** auxquelles tous les professionnels aspirent (ou non) sont également liées à une culture. Idéalement, toutes les parties prenantes concernées partagent les mêmes valeurs et normes en matière de SI et possèdent la même perception de cette mission et de cette vision. Dans le cas contraire, en cas de divergence, la mise en œuvre de l'aide et des soins intégrés peut se heurter à des difficultés.
- Des études antérieures ont montré qu'un **certain changement de culture** était nécessaire dans notre société, aussi bien chez les particuliers/les patients que chez les aidants, pour assurer une implication plus active dans le processus de soins et assurer l'empowerment des patients¹, ce qui contribue à l'évolution vers les SI. Cette révolution culturelle peut s'appuyer sur différents éléments par exemple la formation des soignants et aidants, des outils concrets visant à faciliter la prise de décisions et la collaboration, etc. La manière d'informer et d'accompagner les personnes/patients, de communiquer avec eux, a également un impact sur la culture. Nous constatons que des initiatives dans ce domaine sont déjà en cours dans différentes entités fédérées, même si cela semble encore relativement limité à l'heure actuelle, par exemple ciblées la forme des matières ciblées enseignées aux professionnels des soins dans les universités, via la recherche scientifique ou dans le cadre d'initiatives distinctes.
- Les recherches internationales ont également montré que la création d'une culture d'équipe multidisciplinaire avec une **reconnaissance réciproque des rôles** constitue un **élément facilitant important** pour la mise en œuvre de l'aide et des soins intégrés². Une condition nécessaire à cette fin est une **bonne compréhension** du concept d'aide et de soins intégrés sur le terrain¹. Les prestataires de soins et les aidants doivent aspirer activement à une collaboration multidisciplinaire. Les organisations doivent être disposées à collaborer et à prendre des **responsabilités partagées pour la santé et le bien-être** des citoyens et des communautés. Ces valeurs communes sont importantes au niveau macro également, et il est possible de prendre des mesures de soutien pour réaliser ce changement de culture.

Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé

- Selon les personnes-clés, les parties prenantes concernées sont **tout à fait disposées à intégrer** le 5AIM, les soins en chaîne, la collaboration multidisciplinaire... dans leur travail quotidien (« La culture des SI en soi n'est pas un problème fondamental, tous les professionnels sont disposés à y participer »). Le résultat en est qu'il règle déjà une culture de SI positive au sein de certains groupes, mais cela ne représente encore qu'une minorité (voir aussi ci-dessous les facteurs bloquants qui subsistent).
- **De manière générale cependant, il reste un long chemin à parcourir pour créer une culture des SI** chez la majorité des parties prenantes concernées. Selon les personnes-clés, cela est dû entre autres aux facteurs (bloquants) suivants :
 - Les parties prenantes ne voient pas toujours exactement la valeur ajoutée des SI et s'accrochent par conséquent à leur culture actuelle.
 - La vision, la mission et la langue commune des SI ne sont pas encore connues partout, on observe un manque de direction commune.
 - Les incitants financiers susceptibles de stimuler la culture des SIG font actuellement défaut.
 - On observe des degrés de maturité différents en matière de culture des SI aux différents niveaux (macro, méso et micro), sans doute du fait de leurs horizons temporels différents (par ex. mandat législatif vs. poste permanent), ce qui fait obstacle à une évolution commune.
 - À l'heure actuelle, la pression du temps sur le terrain ne permet pas aux professionnels des soins de saisir l'occasion de rechercher les SI (par ex. ils ne voient pas la possibilité de collaborer et de se concerter)
 - Il existe actuellement différents silos qu'il va falloir ouvrir (silos entre les 1^e, 2^e et 3^e lignes, silos entre les missions des entités fédérées et le niveau fédéral, silos entre les soins et le bien-être, silos entre différents groupes de professionnels des soins...)

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 5 : Culture d'aide et de soins intégrés (2/2)



Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé (suite)

- Les personnes-clés évoquent les **éléments facilitants** suivants pour faire avancer le changement de culture :
 - **Formation et développement** (voir aussi le thème 3), notamment en organisant la formation dans un contexte multidisciplinaire et en enseignant dès ce stade les idées de base des SI, ce qui permet de jeter les bases de cette culture. L'intervision est également évoquée comme une méthode de transmission culturelle.
 - Les mutualités sont citées comme un stimulant important potentiel de la culture des SI étant donné qu'elles sont en contact aussi bien avec le patient qu'avec les prestataires de soins. En promouvant les idées des SI dans leurs collaborations, elles peuvent contribuer au développement de cette culture.
 - Les personnes-clés estiment qu'il sera nécessaire d'analyser et d'**exploiter le comportement des parties prenantes** (gestion du changement de comportement) pour réussir la transition depuis les habitudes actuelles des personnes (qui, bien souvent, ne sont pas tout à fait en ligne avec les SI) vers de nouvelles habitudes futures aspirant aux SI. Dans ce contexte, les répondants ont également évoqué le financement comme un catalyseur possible pour faire évoluer les comportements (par la rémunération, des incitants...) et donc aussi orienter une culture donnée (en l'occurrence la culture des SI).
 - Enfin, les répondants ont évoqué un rôle plus clair pour les pouvoirs publics (et la gouvernance correspondante), l'idée étant que ceux-ci sont en mesure de pousser dans le sens d'une culture des SI. Les personnes-clés associent également cet aspect à la promotion centralisée d'une vision claire, au regroupement d'un « patchwork d'initiatives » et à la mise en avant explicite des avantages des SI (ce qui est trop peu fait à l'heure actuelle selon les personnes-clés).

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- Les GP font savoir que, pour eux, la culture est également liée à l'**élimination de la hiérarchie**. Si l'on veut évoluer vers une culture des SI, il va falloir renoncer à la hiérarchie actuelle de manière à ce que tous les professionnels des soins se considèrent sur un **pied d'égalité**. Cela permettra une meilleure collaboration multidisciplinaire, l'un des fondements de l'aide et des soins intégrés. Les projets ont également fait savoir que le fait de disposer d'une certaine **protection réglementaire** peut également constituer un facteur facilitant pour faire changer les façons de penser et d'agir.
- Les GP affirment également qu'à l'heure actuelle, on travaille encore trop dans une perspective d'exploration, d'expériences, d'initiatives temporaires... ce qui donne l'impression que les SI eux-mêmes sont quelque chose de provisoire et freine le changement culturel. Les GP estiment que les partenaires ont la volonté et l'ambition de changer, mais qu'il faut aller plus loin, jusqu'à un véritable ancrage des SI – « faute de quoi nous perdrons les parties prenantes motivées ». Les GP estiment que les domaines de politique du bien-être et de la santé ne sont pas les seuls concernés, mais qu'il faut y ajouter aussi, par exemple, le logement.
- Selon les GP, les autres facteurs bloquants sont plutôt liés à la **communication**, à savoir les difficultés de partage d'informations, l'absence d'un **langage commun** entre les partenaires et professionnels du fait de l'absence de formation commune... mais aussi la charge de travail sur le terrain ou la manière dont les initiatives sont financées font que les initiatives SI n'aboutissent pas toujours.
- Enfin, les GP estiment qu'il existe actuellement certains rôles et certaines fonctions susceptibles de faire la différence en matière de culture. C'est ainsi que, lors des ateliers, il a été rapporté que le case manager était accueilli très favorablement et qu'il était utilisé comme un bâtisseur de pont, mais qu'il serait possible de l'utiliser encore plus. Les case managers peuvent accélérer la transition vers les SI.

Conclusion

- La culture en tant que thème semble plutôt perçue comme une résultante à laquelle il est possible de parvenir en prenant des mesures qui aident concrètement le terrain à avancer. Plus précisément, nous constatons ici aussi un lien étroit avec le progrès dans les autres thèmes et une nécessité moindre de travailler concrètement sur la culture en 2023. Il s'agira peut-être d'un thème suscitant un changement dans d'autres domaines / sur d'autres thèmes.

A1

A2

A3

A4

A5

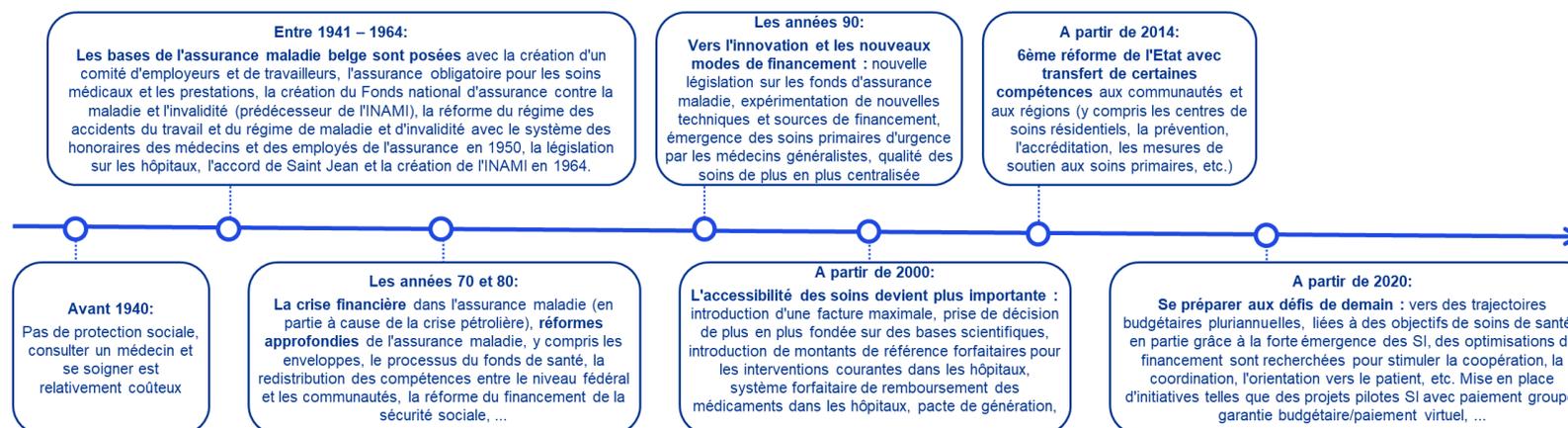
Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 6 : Financement de l'aide et des soins intégrés à différents niveaux répondant aux 5AIM (1/6)



Description générale et observations scientifiques

- Nous nous référons ici à l'ensemble du **financement, de la budgétisation et de la distribution des budgets de bien-être et de soins** afin de stimuler l'aide et les soins intégrés en mettant l'accent sur la continuité des soins.
- Afin de cadrer ce thème dans son contexte, nous revenons brièvement sur l'historique du financement des soins de santé et donc aussi de la sécurité sociale (au niveau macro). Ci-après un aperçu succinct (non exhaustif). Nous constatons que le financement a évolué constamment au fil des ans et qu'à l'heure actuelle encore, on recherche de nouveaux modes de financement, plus spécifiquement dans la perspective de l'aide et des soins intégrés¹ :



- À l'heure actuelle, nous pouvons essentiellement envisager le financement aux différents niveaux suivants :
 - Niveau macro** : la structuration du financement des soins de santé, dans une optique de complémentarité du niveau fédéral et des niveaux des entités fédérées. Nous y incluons également les cadres financiers de financement des hôpitaux, la manière dont l'assurance-maladie est organisée, l'organisation des budgets des mutualités mais aussi les coûts d'investissement au niveau macro censés stimuler les SI, etc.
 - Niveau méso** : l'organisation du financement de l'aspect de coordination durant l'ensemble du processus de soins (par ex. financement de la concertation multidisciplinaire, les différents rôles dans le processus de soins tels que le coordinateur de soins, le case manager, etc.) au niveau locorégional (cf. aussi le thème 1). Les thématiques suivantes y sont liées : comment le niveau locorégional est-il rémunéré pour quelles missions, quelle est la flexibilité d'utilisation de ce budget, comment ce budget est-il calculé et sur la base de quels paramètres, comment ce financement est-il lié au niveau macro, quelles garanties budgétaires est-il éventuellement possible de définir, quels leviers financiers peut-on mettre en place à ce niveau, comment éliminer les contre-incitants financiers...
 - Niveau micro** : la composition du financement des professionnels des soins. Le financement est un sujet extrêmement sensible étant donné que les modifications peuvent avoir un impact sur la motivation des professionnels des soins, mais aussi sur l'accessibilité et la disponibilité des soins pour les patients. Nous recensons différentes formes de financement au niveau micro :
 - La forme de financement la plus courante à l'heure actuelle dans les soins de santé est le **paiement à l'acte**, dans lequel le patient paie essentiellement pour chaque prestation médicale (par ex. visite à domicile, consultation...). Cela donne indirectement aux prestataires de soins un incitant financier à réaliser davantage de prestations, et les patients sont facturés par prestation.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 6 : Financement de l'aide et des soins intégrés à différents niveaux répondant aux 5AIM (2/6)



Description générale et observations scientifiques

- La forme de financement la plus courante dans les soins de santé aujourd'hui est le financement de la performance, dans lequel un patient paie essentiellement pour chaque service médical fourni (par exemple, visite à domicile, consultation, etc.). De cette manière, les prestataires de soins de santé sont indirectement encouragés financièrement à fournir davantage de services et les patients sont facturés à la prestation. L'Organisation de coopération et de développement économiques indique que cette forme ne favorise pas l'aide et les soins intégrés, mais pourrait même conduire à une surconsommation de soins².
 - Une autre forme de financement est le **paiement au forfait** (auss appelé « financement par capitalisation »), dans lequel les organismes d'assurance et les prestataires de soins conviennent d'un montant donné (« forfait » ou « abonnement ») par patient (sur la base d'un certain nombre de caractéristiques) censé couvrir l'ensemble des soins. L'idée sous-jacente est que les prestataires de soins ont ainsi un intérêt financier à ce que les patients soient en aussi bonne santé que possible, ce qui les pousse à encourager la prévention, la promotion de la santé, etc. Les patients, de leur côté, ne ressentent plus aucun frein à demander les soins nécessaires. Les recherches scientifiques ont également montré que le financement forfaitaire ne pousse pas les personnes à demander plus de soins. Le Centre d'expertise (KCE) et l'Agence InterMutualiste (AIM) ont calculé dès 2008 et 2017 les coûts des personnes inscrites dans une maison médicale par rapport à celles inscrites dans le système traditionnel, et il en ressort que les personnes inscrites dans une maison médicale coûtent la même chose ou même moins en soins spécialisés et en médicaments².
 - Une troisième forme de financement est le **financement subsidié** (par ex. aide à domicile, travail social, soins psychologiques...). Dans ce contexte, moyennant le respect de certaines conditions de subventionnement, les pouvoirs publics prévoient une enveloppe de subsides pour les services concernés. À l'heure actuelle, il arrive que plusieurs formes de financement se chevauchent pour les mêmes services (par ex. soins à domicile où intervient du personnel infirmier indépendant et subsidié), ce qui entraîne des difficultés au niveau de la collaboration.
 - Et enfin, on évoque régulièrement le **modèle cappuccino** (généralement dans le cadre de la rémunération des médecins généralistes), l'idée étant que les différentes couches d'un cappuccino représentent les différentes formes de financement. Ce modèle vise aussi l'accumulation de différentes couches financière avec par ex. un revenu fixe auquel s'ajoutent des paiements forfaitaires supplémentaires et finalement un financement à la prestation.
- En matière de SI, on se penche bien souvent sur le financement au niveau micro :
 - le système de financement forfaitaire souvent mis en avant dans la littérature étant donné qu'il semble mieux correspondre à la vision des équipes multidisciplinaires, des soins de première ligne, de la place centrale du patient... Différentes formes de financement pourraient coexister (temporairement) (par ex. financement forfaitaire et financement à la prestation). Les études scientifiques indiquent qu'une combinaison de différents systèmes de financement peut également fonctionner³. Il convient cependant de tenir compte du fait qu'une modification du financement entraîne aussi des changements dans la façon de travailler au quotidien, et qu'elle risque donc de rencontrer une résistance.
 - Les différents mécanismes de financement sont actuellement appliqués. Il existe actuellement en Belgique environ 230 maisons médicales (*wijkgezondheidscentra* en Flandre) dont la plupart appliquent le système forfaitaire (en Flandre : +-57, à Bruxelles : +-87, en Wallonie : +-82).
 - La littérature indique que l'aspect financier permet effectivement de stimuler les professionnels de soins, tout comme il existe également d'autres facteurs de motivation tels que la motivation intrinsèque, l'éthique professionnelle, la culture de l'organisation, etc. On peut également considérer l'aspect financier comme une aide au changement, à court terme comme à long terme. Mais la modification du financement peut aussi saper la confiance intrinsèque et même, à terme, faire disparaître l'altruisme. Une certaine prudence est donc de mise⁵. À un niveau plus élevé, la littérature souligne l'importance de combiner le financement social et le financement de la santé, et qu'une combinaison de plusieurs formes de financement est l'approche optimale⁶. Différentes études sont encore en cours sur ce thème, par ex. le projet international SELFIE qui étudie les incitants financiers possibles au niveau micro, méso et macro en matière de SI.
 - Il existe aussi actuellement différentes initiatives d'optimisation dans le cadre du financement, et ce à différents niveaux. Au niveau fédéral : réforme du paysage et du financement des hôpitaux (en cours, analyse du financement groupé pour les soins faiblement variables, le programme pay for performance (P4P) pour les hôpitaux généraux, la réforme de la médecine générale (New Deal)... qui ne sont encore que de petits pas prudents dans le sens des SI. L'AIM a également publié des recherches sur la garantie budgétaire et la gestion des gains d'efficacité pour les 12 projets de SI⁴.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 6 : Financement de l'aide et des soins intégrés à différents niveaux répondant aux 5AIM (3/6)



Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé

- Les personnes-clés affirment de manière (presque) unanime que l'élaboration de **ce thème est le facteur bloquant actuel et futur** pour l'évolution vers l'aide et les soins intégrés. Les personnes-clés indiquent également que le progrès sur ce thème peut faire office de **levier** pour l'élaboration des autres thèmes (par ex. niveau locorégional). Les personnes-clés voient en effet dans le financement l'un des principaux incitants susceptibles de stimuler la collaboration sur laquelle s'appuient l'aide et les soins intégrés.
- En ce qui concerne le niveau micro, la majorité des personnes-clés préconisent une combinaison de formes de financement. On notera à ce propos que les personnes-clés ne plaident pas nécessairement pour l'abolition complète d'un système de financement donné (par ex. le paiement à l'acte) mais qu'elles l'envisagent en parallèle avec de nouvelles formes de financement (« un financement plus équilibré est nécessaire »). Le concept de « subsidiarité », c'est-à-dire la question de savoir qui est le mieux placé au juste prix au bon endroit, a également été évoqué lors des entretiens. Les répondants ont également évoqué la nécessité de stimuler financièrement la collaboration entre prestataires de soins.
- Les répondants estiment également que **des réformes financières sont nécessaires au niveau méso**. Ils renvoient au modèle danois dans lequel les régions se voient attribuer des budgets et au lien avec le value-based health care (voir également ci-dessous). Ils estiment également nécessaire de réviser la nomenclature pour la réforme financière, plutôt au niveau macro.
- Pour l'élaboration concrète de ce thème, les personnes-clés affirment avoir **besoin d'un preneur d'initiative clair** qui s'en charge. Le (projet du) PIF à venir semble être perçu comme un instrument concret pour parvenir à des accords financiers et budgétaires. L'option de *virtual payments* a été évoquée à quelques reprises comme possibilité pour tester des scénarios ou à titre de mesure transitoire.
- Les entretiens avec les personnes-clés ont également abordé le lien avec l'informatique (par ex. les investissements dans l'infrastructure informatique permettraient de communiquer certaines consignes ou de fournir certains services aux patients à distance / en dehors de l'hôpital, ce qui pourrait soulager les hôpitaux et permettrait aux patients de poursuivre leur traitement depuis le confort de leur propre environnement). Les personnes-clés recommandent d'étudier en détail ces investissements.

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- **Tous les GP** : affirment clairement lors des ateliers qu'il existe une demande de **simplification et de cohérence dans les méthodes de financement**. Ils renvoient à l'historique du financement sur base de l'efficacité, puis du financement par enveloppes, et à présent du financement par action ou sous-projet... Ils y voient une source de confusion et d'incertitude. Ils proposent eux-mêmes quelques pistes :
 - Plusieurs participants ont un point de vue clair sur le **paiement à l'acte**, et certains d'entre eux plaident pour son **abolition**. Différentes idées de financement alternatives ont été avancées lors des ateliers : financement par paquet laissant une liberté de réalisation pratique, financement par objectif, système d'appel d'offres pour les questions de soins, paiement groupé, financement suivant la personne...
 - Dans la perspective d'une optimisation du financement, les GP préconisent de **lier le financement à l'impact** (cf. aussi *value-based health care*). Ils se demandent en effet régulièrement si le financement a été déployé de manière efficace, et n'ont actuellement pas la possibilité de répondre à cette question. Les GP établissent un lien entre la disponibilité de données correctes (cf. thème 10) et la gestion exacte des populations (cf. thème 3). Certains demandent également de lier le financement aux objectifs de santé et de stimuler financièrement la santé, la promotion et la prévention (par ex. récompenser l'absence de rechutes, incitants pour le bon état de santé...). Les GP se plaignent également de la rigidité actuelle et souhaitent **davantage de flexibilité financière** (par ex. les projets P3 travaillent actuellement avec des unités de soins attribuées par personne, une personne n'en utilise presque pas tandis qu'une autre a besoin d'unités supplémentaires, mais il n'existe actuellement aucune flexibilité dans ce sens ; dans les projets PPL, le patient peut choisir entre un accompagnement collectif et individuel. Une fois qu'il a choisi la thérapie collective, par exemple, aucune ressource n'est prévue par la suite pour une thérapie individuelle alors qu'elle pourrait très bien s'avérer nécessaire).
 - Les GP disent constater que la flexibilité en matière de budgets est une question difficile dans la pratique entre les entités fédérées et le niveau fédéral. Ils demandent de se pencher sur la question, avec éventuellement des accords interfédéraux pour le système futur, où les efforts ayant un impact positif (que ce soit au niveau fédéral ou des entités fédérées) seraient récompensés et donc poursuivies.
- Les GP souhaitent également que la clarté soit faite que le **financement de la collaboration**, comme la concertation multidisciplinaire (on utilise actuellement des pseudocodes dans certains cas, mais cela ne semble pas viable à terme). Enfin, les GP ne considèrent pas les pouvoirs publics comme le seul partenaire de financement possible, ils estiment que le secteur privé pourrait intervenir, par ex. avec des *social impact bonds*, où un investisseur privé préfinance le capital initial. Ils demandent d'étudier davantage cette possibilité.

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 6 : Financement de l'aide et des soins intégrés à différents niveaux répondant aux 5AIM (4/6)



Vue d'ensemble des méthodes de financement (non exhaustive)*

Méthodes de financement	Brève description	Impact possible sur le comportement	Contribution possible aux SI / impact possible sur les SI
Formes de base			
Paiement à l'acte	Les prestataires de soins sont payés par prestation médicale effectuée.	Incitant financier à effectuer le plus grand nombre possible de prestations médicales.	Plutôt négatif (la pression à la prestation peut décourager les interventions non rémunérées dans le cadre de l'aide et des soins intégrés)
Financement forfaitaire	Un montant fixe est payé aux prestataires de soins par patient inscrit, quel que soit le nombre de prestations pour ce patient.	Peut réduire la pression à la prestation et stimuler la mise en place d'actions préventives et de promotion de la santé.	Plutôt positif (abaissement du seuil financier pour le patient, qui est référé au prestataire de soins le mieux adapté selon les besoins)
Forme mixte			
Modèle cappuccino	Modèle alliant différentes méthodes de financement, par ex. rémunération forfaitaire de base avec paiement à l'acte et rémunération pour les innovations les éléments qui améliorent la qualité. D'autres combinaisons sont également possibles.	Peut stimuler les soins préventifs, l'innovation et les soins qualitatifs.	Plutôt positif (les prestataires de soins peuvent se concentrer sur certains cycles de soins et sur l'innovation, et ils peuvent gérer leur temps avec une plus grande flexibilité)
Formes complémentaires			
Financement subventionné	Les pouvoirs publics prévoient une enveloppe de subsides pour les services concernés.	Peut encourager le respect des conditions de subventionnement par les prestataires de soins et semble donc stimuler l'innovation et la qualité.	Plutôt positif (le respect des conditions de subventionnement peut promouvoir la qualité des soins)
Financement par objectif	Terme global pour le financement complémentaire, le financement particulier et les subsides en vertu desquels les moyens financiers doivent être consacrés à un objectif donné sur une période donnée.	Peut stimuler la mise en marche du changement dans les soins.	Plutôt positif (en encourageant le renouvellement, mais une utilisation à outrance pourrait entraîner une fragmentation du financement).
Financement suivant la personne / budget de soins / financement sac à dos	Prévoir un budget pour chaque personne présentant un handicap reconnu et un besoin d'aide constaté (en Flandre, lié à la protection sociale flamande)	Le prestataire de soins peut proposer les soins qu'il estime nécessaires quels que soient les moyens financiers du demandeur de soins.	Plutôt positif (le soutien financier réduit l'exclusion des soins de certaines personnes en demande de soins et permet d'offrir davantage de garanties de soins).
Pay for performance (P4P)	Système dans lequel une rémunération est versée en fonction des résultats obtenus sur certains indicateurs.	Peut stimuler des soins de qualité pour un ensemble limité d'indicateurs.	Plutôt positif (une partie des indicateurs sélectionnés peut contribuer à des soins de qualité axés sur la personne)
Paiement groupé (financement en chaîne)	Ce concept suppose un paiement unique pour un ensemble d'activités pour le traitement d'une pathologie, l'accent étant mis sur le résultat final.	Le prestataire de soins peut se concentrer sur sa partie du trajet de soins, ce qui réduit sa pression à la prestation.	Plutôt positif (étant donné que cela peut aboutir à un système soucieux des coûts et orienté vers le patient)

* Ces modèles ont été recensés sur la base du SFB et des ateliers avec les trois groupes de projets.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 6 : Financement de l'aide et des soins intégrés à différents niveaux répondant aux 5AIM (5/6)



Vue d'ensemble des méthodes de financement (non exhaustive)*

Autres concepts financiers	Brève description	Impact possible sur le comportement	Contribution possible aux SI / impact possible sur les SI
Système d'appel d'offres pour les questions de soins	Système par lequel un subside peut être demandé en déposant un projet, après quoi toutes les demandes sont évaluées simultanément.	L'incitant financier peut encourager les organisations à proposer et réaliser des initiatives de soins.	Plutôt positif étant donné que les organisations peuvent être encouragées à développer des initiatives de soins contribuant à l'aide et les soins intégrés.
Social impact bonds	Une collaboration public-privé entre un service public, une organisation sociale et des investisseurs à impact.	Les prestataires de soins peuvent chercher des solutions novatrices pour des problèmes sociaux non résolus existants.	Positif : le financement supplémentaire permet de prendre de nouvelles initiatives pour promouvoir les SI.
Virtual payment	Utilisé durant une période transitoire ou sur base de projets pour tester les rémunérations dans un système mixte.	Les prestataires de soins peuvent s'habituer au niveau système, ce qui leur donne une idée du changement avant son application, ce qui limite la résistance.	Plutôt positif puisque ce concept permet de mettre la rémunération au point avant de la mettre en œuvre et d'impliquer aussi bien le prestataire de soins que le demandeur de soins dans le changement.
Garantie budgétaire	Système dans lequel on reçoit des moyens pour les coûts prévisibles en moyenne pour les interventions auprès d'un groupe-cible donné. La différence entre la garantie budgétaire et les dépenses réelle constitue un gain ou une perte en fonction de l'efficacité.	Système facilitant l'innovation en utilisant les gains d'efficacité pour des actions novatrices ou de nouvelles formes de soins et qui permet de déployer des ressources via un financement groupé.	Positif, car laisse de la place aux actions novatrices et remplace le paiement à l'acte par un paiement groupé.
Système du tiers payant	Paiement effectué directement par la sécurité sociale, les demandeurs de soins ne doivent pas avancer de fonds pour les soins nécessaires.	Les prestataires de soins peuvent avoir besoin de plus de temps pour un travail administratif plus complexe et risquent de devoir attendre plus longtemps pour être payés.	Plutôt positif pour le patient étant donné l'abaissement du seuil de paiement grâce au paiement direct par la sécurité sociale.
Value based health care	Dans ce concept, on lie le financement à l'impact des soins pour le patient.	Le prestataire de soins peut se concentrer sur la maximisation de la valeur des soins pour les patients et la réduction des coûts des soins.	Positif vu que les soins se concentrent sur l'intérêt du client et patient, ce qui détermine les soins prodigués.

Conclusion

- Le financement est perçu comme un obstacle considérable à l'évolution vers l'aide et les soins intégrés. Il est urgent de procéder à une réforme et de réfléchir au cadre d'investissement au niveau macro, à la mise en relation du financement avec les tâches au niveau méso et au financement des professionnels des soins au niveau micro.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 7 : Performance du système d'aide et de soins intégrés (1/2)



Description générale et observations scientifiques

- Le Belgique consacré chaque année une part considérable de son PIB aux soins de santé (10,8 % du PIB en 2020¹). L'évolution vers l'aide et les soins intégrés va elle aussi s'accompagner d'investissements. **L'aide et les soins intégrés visent clairement à atteindre le « Quintuple Aim »**. On peut toutefois se demander dans quelle mesure il est possible de mesurer, suivre et contrôler structurellement cette évolution. La gestion des performances peut apporter une réponse à cette question : un suivi systématique de l'évolution dans le sens de l'aide et des soins intégrés dans la perspective du Quintuple Aim, avec des données et des indicateurs s'appuyant éventuellement sur le dashboarding. La littérature scientifique indique en outre qu'une évaluation transformative est essentielle dans le cas d'un (nouveau) programme. L'évaluation se fait sur la base d'indicateurs structurels, de processus et de résultat (impact)².
- Dans le cadre de ce projet, une distinction peut être faite entre 1) la performance au niveau macro, c'est-à-dire au niveau des politiques, et 2) la performance au niveau méso, c'est-à-dire liée aux améliorations autour des processus de soins. Il sera sans doute possible de le mesurer au moyen des mêmes données, mais d'autres « views » seront probablement nécessaires selon le rôle.
- Comme indiqué ci-avant, la **performance peut être liée à la numérisation** étant donné que le suivi des objectifs et des indicateurs nécessite de pouvoir recueillir et gérer des informations et données non équivoques. Ces données forment la base que l'on peut ensuite convertir en indicateurs très concrets. Un **dashboard informatique** permet ensuite de lister et de suivre en permanence ces indicateurs. Un dashboard contient théoriquement des indicateurs en phase avec les objectifs stratégiques, ce qui permet de mesurer les principaux processus et activités. Une interprétation humaine est évidemment nécessaire pour en tirer les bonnes conclusions et, par exemple, les traduire afin de guider le projet vers la réalisation des objectifs fixés. Dans ce sens, la gestion de la performance peut être perçue comme un processus continu qui permet de suivre l'évolution vers l'aide et les soins intégrés et la performance de l'aide et des soins intégrés. Une conséquence importante de ce point est que les personnes concernées possèdent en permanence une vue/un statut objectif des indicateurs, sur la base desquels ils peuvent prendre des décisions et orienter leur action (prise de décisions sur la base de faits probants).
- Dans le même esprit que l'évocation de l'interprétation humaine au paragraphe précédent, une gestion de la qualité de ce type nécessite également une certaine **culture de la qualité**. Non seulement en ce qui concerne l'interprétation des données, mais aussi pour ce qui est de leur utilisation. Une culture de la qualité se caractérise par les comportements suivants : l'adoption systématique d'un esprit critique par les personnes concernées, l'aspiration constante à l'amélioration, l'audace de s'adapter si nécessaire, la communication ouverte sur les pratiques des uns et des autres, l'évaluation régulière, etc. Cela permet à son tour de partager les bonnes pratiques, d'assurer une transparence suffisante en ce qui concerne la qualité des soins, etc. La création de cette culture nécessite donc un changement de mentalité chez toutes les personnes concernées, et se fait typiquement de manière très progressive².
- Les initiatives existantes qui se concentrent actuellement sur l'amélioration de la qualité et des performances des soins de santé se situent au niveau fédéral : le réseau d'evidence-based practice (**EBP**), les projets-pilotes Integreo⁷ qui intègrent aussi une composante d'évaluation et d'accompagnement (cf. consortium FAITH)³, les études réalisées précédemment sur la performance dans le système de santé par KCE et Sciensano en collaboration avec l'INAMI⁴ et belgiqueenbonnesante.be qui mesure différents indicateurs dont la combinaison offre une vue complète, transparente et fiable sur la performance du système de santé et permet de suivre les changements au fil du temps. Au niveau flamand : Indicateurs de qualité VIKZ Au niveau wallon : PAQS. Au niveau bruxellois : Plan de santé Bruxelles. Il s'agit là dans tous les cas d'initiatives lancées plutôt au niveau macro.
- Enfin, la littérature propose un certain nombre de modèles scientifiques, comme les robustes normes de qualité ISO9001v2008⁵, le modèle arc-en-ciel de Valentijn⁶ et les 18 composantes⁷, qui peuvent offrir des orientations pour les modèles d'évaluation et de qualité des SI. Hormis cela, il existe cependant peu d'exemples pratiques internationaux d'utilisation à grande échelle de la gestion de la performance susceptibles de servir d'inspiration pour le système belge.

Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé

- La plupart des personnes-clés trouvent ce thème important en soi, mais ils estiment qu'il est moins important en tant que levier par rapport à d'autres thèmes. Cela s'explique principalement par la plus faible maturité de ce thème. Par exemple, il règne encore de **nombreuses incertitudes** quant à la direction de la **politique** en matière de performance (mais aussi en matière de qualité et d'évaluation, deux aspects qui lui sont étroitement liés). Les personnes-clés demandent une direction et une vision claires sur ce thème avant d'agir. Cet aspect est aussi lié à la concrétisation de l'aide et des soins intégrés. S'il règne par exemple encore une certaine incertitude sur ce que l'on entend précisément (ou quantitativement) par « le patient au centre », il est très difficile d'en mesurer la performance.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 7 : Performance du système d'aide et de soins intégrés (2/2)



Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé (suite)

- Les répondants ont également exprimé leur **préoccupation** quant à la **réalisation concrète et à la finalité** de la gestion de la performance et de la qualité. S'agira-t-il plutôt d'une démarche interne avec des auto-évaluations par les professionnels des soins, ou d'une démarche externe avec des évaluations et éventuellement des contrôles ? Cette deuxième possibilité est associée à une éventuelle politique de sanctions, ce qui suscite une certaine nervosité. Les personnes-clés concluent qu'il sera nécessaire de trouver un équilibre entre le suivi et le contrôle.
- Les personnes-clés signalent également l'existence d'un **lien entre la performance, les objectifs et le financement**. Elles pensent que les initiatives ont de plus grandes chances de réussir, de donner des résultats et d'entraîner des améliorations, si les indicateurs sont liés aussi bien aux objectifs qu'au financement. Si, par exemple, les acteurs au sein d'un réseau peuvent démontrer que certains objectifs ont été atteints (par ex. réduction du nombre d'admissions grâce à des actions préventives), des (nouveaux) calculs financiers relatifs à la valeur des forfaits et/ou des prestations sont possibles pour l'année suivante. Cela encouragerait selon elles les acteurs à trouver des solutions aux problèmes.
- Enfin, les personnes-clés s'attendent à ce qu'il soit particulièrement difficile d'interpréter les données nécessaires pour pouvoir pratiquer une gestion précise des performances. Le **lien entre la gestion de la performance, l'informatique et la numérisation est étroit**, mais tellement **compliqué** que cela a un impact sur l'horizon temporel de la mise en œuvre. Les personnes-clés semblent donc partir du principe que la prise de mesures pour ce thème ne demande pas une perspective à court terme mais bien à moyen ou long terme et qu'elle devra se baser sur ce qui est possible.

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- **Tous les GP** : en complément des personnes-clés, les GP affirment ne ressentir **aucune réserve/crainte** vis-à-vis du développement d'une gestion interne de la performance, de mesures, d'évaluations... Plus encore, ils en sont **demandeurs** étant donné que cela leur donnera aussi une vue sur la mesure dans laquelle leurs propres projets/actions ont un impact positif, ce qui leur manque encore à l'heure actuelle. Les GP sont également à la recherche d'indicateurs de qualité pertinents pour assurer le suivi de leur travail (ils estiment qu'un ensemble d'indicateurs de qualité communs fait entièrement défaut à l'heure actuelle), et ils demandent un **soutien et un accompagnement** dans ce but. Ils souhaiteraient obtenir des informations sur ce thème, recevoir une formation et apprendre comment mettre en place et interpréter des indicateurs de qualité. Plusieurs participants ont également évoqué un lien entre les indicateurs et l'imposition d'une certaine ambition. Ils ont dit avoir le sentiment que la barre/l'ambition baisse constamment faute d'objectifs et de normes. Certains projets ont exprimé une préférence pour un suivi interne de la qualité plutôt qu'un contrôle externe.
- Malgré l'unanimité concernant l'importance de la performance, on constate des **différences d'opinion** en matière de priorités et de rapidité nécessaire de l'élaboration. Les avis exprimés vont d'un extrême, à savoir « nous devons savoir précisément où nous souhaitons aller avec l'aide et les soins intégrés, et la question de la qualité ne se posera qu'à un stade ultérieur » (> principalement les collaborateurs PPL étant donné que le déploiement du PPL est encore récent et qu'ils recherchent tout d'abord une certaine forme de stabilité avant de se lancer dans la gestion de la performance), à l'extrême opposé, à savoir « nous avons déjà besoin d'indicateurs de qualité très concrets tels que X/Y/Z ».
- Les groupes de projets établissent également un lien entre les **données et la numérisation** ; lorsqu'il est question de gestion de la qualité, on pense à toutes sortes d'outils numériques. Certains saluent cette perspective, mais mettent également en garde contre la **surcharge administrative supplémentaire**.
- Et enfin, certains participants aux ateliers ont évoqué la nécessité de **contributions objectives** (et non de contributions en provenance des groupes de projets eux-mêmes) pour le développement de la gestion de la performance et de la qualité. Selon eux, l'idéal serait probablement de collaborer avec les universités sur ce thème.

Conclusion

- Il semble exister une différence de vécu et de vision entre le terrain et les pouvoirs publics. Là où le terrain pense plutôt à améliorer son propre travail au quotidien, les autres visions semblent plutôt liées à l'évaluation et au contrôle au niveau macro. Cela indique d'emblée où se situent les tensions sur ce thème.
- Certains, mais pas tous, y voient également un lien avec un tableau de bord. Il pourrait y avoir sa place, mais il semble indiqué de recommander de commencer par les éléments qui aident le terrain à avancer. On peut s'attendre à ce que ce travail s'étende sur plusieurs années.
- Pour assurer le suivi de la qualité des soins et du bien-être, il convient d'intégrer aussi des indicateurs en lien avec le bien-être. Cela n'est actuellement pas prévu dans le trajet e-Santé (évoqué par plusieurs personnes clés).

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 8 : Concrétisation des aspects « patient au centre » et « empowerment » : offre de soutien individuel et collectif à une personne dans son contexte (1/3)



Description générale et observations scientifiques

- Ce thème va de pair avec la promotion d'un certain changement de processus et de mentalité à différents niveaux au sein du paysage des soins de santé (cf. thème 5 culture). Plus précisément, nous visons l'évolution depuis un rôle plutôt passif de la personne dans son contexte vers un **rôle plus actif de partenaire** au sein du processus de soins de santé. Cette évolution part de l'idée sous-jacente que le demandeur de soins se connaît mieux que personne et a droit à un certain contrôle sur le processus de soins de santé qu'il subit (on parle également de « patient empowerment », l'empowerment du patient). Cela signifie que le prestataire de soins ne garde plus (seul) le contrôle, mais qu'il le partage en connaissance de cause avec les demandeurs de soins qui le souhaite. Il se crée ainsi une relation d'égalité entre le prestataire de soins et les demandeurs de soins, dans laquelle la personne/le citoyen/le patient se trouve placé au centre et devient le point de départ de chaque processus (de soins).
- L'époque numérique à laquelle nous vivons fait que, depuis quelques années, les citoyens ont de plus en plus accès aux informations. Ils ont ainsi développé des compétences dans le domaine des soins de santé et sont devenus plus francs et critiques vis-à-vis des soins et du soutien proposés. Pour faire en sorte que la personne reçoive les soins et le soutien souhaités en relation avec ses préférences, il est possible de renforcer et de soutenir cette évolution dans la pratique à deux niveaux :
 - **Au niveau individuel**, on trouve les actions qui font que les citoyens sont suffisamment informés de leurs droits (par ex. en matière de partage des données) et des options dont ils disposent en ce qui concerne les services et interventions liés aux soins et au bien-être. Les prestataires de soins et les acteurs du bien-être ont pour tâche de bien informer les personnes et de les impliquer étroitement dans leur processus. Les personnes peuvent ainsi prendre des décisions mûrement réfléchies sur les actions possibles en matière de soins de santé, en concertation et avec le soutien du prestataire de soins et de l'aidant. Cela permet un processus décisionnel partagé donnant la priorité aux objectifs de soins et de vie pour déterminer quel type de soins est le plus adapté et comment ces soins doivent être prodigués (cf. soins orientés vers des objectifs²). Une étude scientifique révèle en outre que, dans certains cas, le réseau informel (de la perspective des personnes âgées) favorise l'implication. Il est également démontré que l'implication du réseau informel, même si elle est importante, ne peut se substituer à l'implication du patient lui-même.³
 - **Au niveau collectif** (organisations et structures de soins), des actions visent à soutenir les prestataires de soins et les aidants ainsi que le réseau informel dans un but de sensibilisation et de développement de compétences (cf. thème 3) sur le fait que la personne a le droit d'être impliquée dans son processus de soins et qu'il est important d'écouter les attentes, les désirs, la motivation et l'ambition du patient et de son entourage. On mise également sur l'inclusion de la perspective du patient par le biais d'une représentation au niveau politique d'organisations de représentation des patients, comme le VPP, la LUSS et le PRT au niveau locorégional, par ex. par une participation aux conseils de soins (via le cluster personnes présentant un besoin de soins et d'aide).
- Quelques **points d'attention** dans ce thème :
 - (1) Gérer les défis liés aux groupes à risque, à la diversité, au multiculturalisme, à l'inclusion numérique, aux compétences de santé... afin de pouvoir toucher et impliquer tous les citoyens.
 - (2) Tenir compte des préférences de la personne dans son contexte du point de vue de sa volonté d'être impliquée et de participer aux décisions. La littérature révèle entre autres que certaines personnes âgées ne souhaitent jouer aucun rôle dans leurs propres soins et font confiance à leurs proches aidants. D'autres, à l'inverse, souhaitent bel et bien participer activement aux décisions de leur processus de soins⁴.
- La littérature reconnaît déjà depuis plusieurs années les effets de l'implication de la personne dans son contexte dans les soins. Ces effets peuvent intervenir à différents niveaux (soins directs, conception organisationnelle, gouvernance et politique) et à des degrés divers (réception d'informations, implication dans le processus de soins et partenariat / partenariat partagé). L'implication active peut en outre avoir un impact positif sur, par exemple, les résultats de santé, l'autonomie, l'observance thérapeutique et la satisfaction du patient.¹
- En pratique, plusieurs initiatives contribuent à l'empowerment, notamment la loi sur les droits des patients (2002) au niveau fédéral. En rapport avec cette législation, les recherches du professeur Herman Nys du Centre d'éthique et de droit biomédical montrent que les états fédérés, dans le cadre de leurs compétences, prennent des initiatives, telles que l'introduction d'un droit spécifique de plainte pour le transport non urgent d'un patient, le respect de la réglementation sur les droits des patients lors du traitement des données personnelles sur la santé, le remplacement du patient passif par le client actif qui coordonne lui-même son équipe de soins, etc..⁵.
- Autres actions (non exhaustives) initiées au niveau fédéral: le portail personnel de la santé (cf. plan d'action e-santé de 2019-2021), le premier et le deuxième programmes pluriannuels « coordination de la qualité et sécurité des patients », dans le cadre desquels l'empowerment est considéré un thème important et mesuré via des PROM/PREM, le plan pluriannuel « Info patients » mettant l'accent sur des informations complètes et compréhensibles sur la bonne utilisation des médicaments, différentes applications de santé mobile qui contribuent à l'empowerment (projet-pilote de kinésithérapie à distance, projet-pilote de télé-expertise pour les conseils dermatologiques, projet-pilote pour le télémonitoring des patients COVID-19 dans leur environnement à domicile), 12 projets-pilotes autour de l'hospitalisation à domicile, le Fonds Dr. Daniel De Coninck soutient des initiatives sur les soins orientés vers des objectifs en première ligne XXX Au niveau des entités fédérées : réglementation en matière de plan de soutien (par ex. dans l'aide à la jeunesse, les personnes handicapées, les services à domicile, Patient Empowerment vzw, Konzept zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, vivre l'autodétermination, l'un des programmes d'action prioritaires de « Get up Wallonia » est « Améliorer l'intégration de tous les Wallons en réduisant la fragmentation numérique »...

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 8 : Concrétisation des aspects « patient au centre » et « empowerment » : offre de soutien individuel et collectif à une personne dans son contexte (2/3)



Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé (suite)

- Bien que la majeure partie des personnes-clés jugent ce thème important étant donné qu'il s'agit du point de départ de l'aide et des soins intégrés, la contribution concrète des personnes-clés à ce thème est considérée comme moins significative et peu évidente. Il règne en effet encore une **grande incertitude** et un **manque de consensus** quand au concept de « **patient au centre** » : différents groupes professionnels interprètent ce terme de différentes façons et certains lui préfèrent « patient dans son réseau » ou « actient » afin de refléter davantage l'implication active de la personne.
- L'évolution dans le sens d'une implication active de la personne dans son contexte est actuellement en cours, même s'il est clair qu'il faudra encore beaucoup de temps pour achever le changement de culture et de mentalité. Les répondants affirment entre autres que les prestataires de soins, les aidants parlent davantage « de » la personne dans son contexte qu'« avec » elle et qu'ils travaillent de manière trop verticale, ce qui peut entraver à long terme l'empowerment de la personne dans son contexte. Le degré d'implication doit de plus toujours rester au choix de la personne (et non une obligation), estiment-ils.
- **Au niveau individuel**, les personnes-clés signalent la nécessité d'accorder encore plus d'attention aux compétences de santé (health literacy) et à la capacité de la personne dans son contexte. Elles formulent les propositions suivantes :
 1. Sensibilisation de la personne dans son contexte à l'empowerment et prévoir des formations à ce sujet (par ex. formation pour les outils numériques de soutien).
 2. Soutien dans : (a) accompagnement du choix des traitements, (b) l'implication des différents groupes vulnérables et (c) le rôle du patient dans le partage de données.
- **Au niveau des organisations et structures de soins**, les enquêtes ont révélé la nécessité d'accorder une plus grande attention aux points suivants :
 1. Travailler de manière plus transversale (importance des réseaux) – lien avec le partage de données
 2. Soins guidés par des processus et orientés vers des objectifs, où l'accent (et les incitants financiers) ne portent pas sur les résultats mais plutôt sur le processus et où l'on part systématiquement des besoins et des objectifs de la personne (y compris une boîte à outils permettant la personnalisation).
 3. Aborder suffisamment l'empowerment de la personne dans son contexte dans les formations existantes destinées aux professionnels et proposer de nouvelles formations qui stimulent l'empowerment (par ex. formations sur les soins orientés vers des objectifs).
 4. Communication entre les prestataires de soins et les aidants concernant les besoins et les objectifs de la personne dans son contexte.

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- **Pour tous les GP** : Même si l'importance accordée à l'empowerment varie d'un projet à l'autre, chaque groupe de projets mène différentes actions visant à impliquer la personne dans son contexte (bien souvent aussi par le biais de formations). Les personnes et/ou leurs proches sont dans la plupart des cas **impliquées dans différentes structures de concertation**, mais encore **trop peu dans les structures de décision et de politique**. Les groupes de projets ont conscience du fait que le changement de comportement et de culture dans le sens d'un « partenaire actif » n'est pas encore intégré dans le travail au quotidien (et la vie de la personne dans son contexte). Même si le terrain part du principe qu'il implique activement le patient, les acteurs réfléchissent, décident et travaillent encore trop à côté de la personne dans son contexte et la véritable liberté de choix du patient semble plutôt restreinte.
- Dans les **projets P3 et les projets SI**, on constaté que la fracture numérique forme un obstacle à l'implication des groupes-cibles vulnérables possédant peu ou pas de compétences numériques (par ex. certaines personnes âgées). Le terrain indique également que les formations et ressources disponibles à cette fin sont limitées. Les répondants indiquent également que de nombreuses personnes âgées dans le cadre des projets P3 ont l'habitude du modèle de soins paternaliste et souhaitent être soulagées plutôt qu'autonomisées. Dans le cadre des **projets-pilotes de SI** également, ils constatent que tout le monde n'est pas capable ou désireux de gérer son propre processus de soins. Cela souligne l'importance vitale d'une bonne évaluation des préférences des personnes âgées, comme évoqué précédemment.
- Les groupes de projets suggèrent des **campagnes de sensibilisation supplémentaires, un langage simplifié** (moins de jargon), des **formations consacrées à l'empowerment** pour les prestataires de soins et les aidants ainsi que pour la personne dans son contexte. Nous constatons toutefois que les habitudes (inconscientes) actuelles dans la pratique, le manque de temps, la réglementation et le paiement à l'acte peuvent en entraver la réalisation. La valeur ajoutée de l'empowerment est en outre bien souvent sous-estimée, car elle demande trop de temps et que ses résultats ne sont visibles qu'à long terme.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 8 : Concrétisation des aspects « patient au centre » et « empowerment » : offre de soutien individuel et collectif à une personne dans son contexte (3/3)



Conclusion

- Le sentiment général sur ce thème est qu'en dépit de la reconnaissance de son importance, il reste du chemin à parcourir pour l'intégrer efficacement aux niveaux macro, méso et micro.

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 9 : Promotion de la santé et prévention des maladies dans le cadre de l'aide et des soins intégrés (1/2)



Description générale et observations scientifiques

- Pour préserver la bonne santé de la population et prévenir les maladies et/ou les complications dues aux maladies, les différents pouvoirs publics belges formulent des objectifs de santé pouvant servir de lignes directrices pour la politique (préventive) en matière de santé. Il s'agit d'objectifs spécifiques, mesurables et généralement reconnus que l'on vise à réaliser sur une période donnée pour enregistrer des gains de santé au niveau de la population.
- Les actions en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent prendre différentes formes^{1,2} :
 - **Prévention primaire** : activités contribuant à prévenir un problème de santé donné (par ex. éducation à la santé et promotion de la santé)
 - **Prévention secondaire** : activités visant la détection précoce de maladies sans symptômes, qui se présentent souvent et constituent un risque important en l'absence de traitement (par ex. campagnes de dépistage du cancer du colon, du cancer du sein...).
 - **Prévention tertiaire** : activités relatives au soin des maladies chroniques ayant pour objectif le rétablissement, la réduction des conséquences et l'évitement des complications (par ex. contrôle du diabète, gestion de la pression artérielle, etc.)
 - **Prévention quaternaire** : mesures prises pour éviter l'abus de médicaments par les prestataire de soins, les aidants et les patients.
- En lien avec le thème 8, la littérature scientifique montre en outre que **les programmes consacrés à l'éducation et à l'autogestion** de la personne dans son contexte peuvent avoir un **effet positif sur la prévention et/ou l'atténuation des maladies**, par ex. pour le diabète de type 2³, les patients COPD⁴⁻⁶ et les pathologies chroniques⁷⁻¹⁰. La promotion, la prévention et l'autogestion constituent en outre le fondement de la pratique médicale selon le modèle américain Kaiser Permanente, comme en témoigne également sa devise « *keeping people healthy* ». L'idée est que l'argent qui n'a pas dû être consacré à guérir des maladies peut ainsi être réinvesti dans d'autres soins indispensables pour la population. Cette approche est rendue possible par le fait que Kaiser Permanente est à la fois un assureur et un prestataire de soins. La situation actuelle en Belgique diffère toutefois du modèle Kaiser Permanente. L'organisation et le financement de la promotion et de la prévention ne se situent pas au niveau d'une seule et même entité mais à différents niveaux de politique.
- Dans la pratique, différentes initiatives régionales ont été lancées en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies : budget pluriannuel (y compris objectifs de soins de santé), la campagne anti-tabac en Belgique, 12 projets-pilotes de prévention intégrée contre le burn-out, le plan Résilience mentale au travail, Plan de promotion et de prévention de la santé Horizon 2030, Plan promotion de la santé, Question santé, Fédération Wallonne de Promotion de la Santé, Centre Bruxellois de promotion de la Santé (CBPS), Vlaams Instituut Gezond Leven, Fédération bruxellois de promotion de la santé, Centres locaux de promotion de la santé, Locoregionaal gezondheidsoverleg (LOGO's),... Les administrations et organisations locales sont proches des citoyens, ce qui leur permet de contribuer elles aussi à la prévention (et à l'accessibilité des soins).

Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé

- Les personnes-clés affirment clairement y voir un thème important, mais il ne s'agit pas selon elles d'un levier prioritaire. Il reste sans doute de nombreuses choses à améliorer à l'heure actuelle. La crise COVID-19 a montré clairement l'impossibilité de toucher certains groupes. Les personnes-clés indiquent en outre qu'une organisation numérique solide de la politique de prévention doit tenir compte de l'inclusion numérique.
- Les personnes-clés sont d'avis que la prévention est la première étape des soins, et qu'il s'agit donc de l'intégrer dans les soins réguliers. Dans cette optique, il est possible de développer de nouveaux rôles pour les fonctions existantes et de miser sur la prévention.

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses



Thème 9 : Promotion de la santé et prévention des maladies dans le cadre de l'aide et des soins intégrés (2/2)

Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé (suite)

- Les personnes-clés ont présenté différentes idées à propos de la prévention :
 - Certaines évoquent le « **travail proactif et l'outreach** » : les organisations existantes (par ex. mutualités) peuvent utiliser les informations obtenues de leurs membres pour identifier de manière proactive les personnes qui ne reçoivent pas les soins et l'aide nécessaires et pourquoi. Il est possible de tenter de joindre ces personnes en collaboration, entre autres, avec les organisations locales (CPAS, CAW...).
 - D'autres expliquent que **la prévention peut être organisée à différents niveaux** :
 - Au niveau individuel via la pratique multidisciplinaire, avec par ex. un diététicien, un tabacologue...
 - Au niveau de la population : prévention au niveau locorégional, l'accent étant déterminé sur la base d'une analyse contextuelle.
 - Dans le contexte de l'aide et des soins intégrés, les personnes-clés perçoivent un **besoin de collaboration** au sein des soins de santé ainsi qu'avec **différents domaines** (écoles, sports...), les acteurs du bien-être pouvant éventuellement constituer un lien adéquat entre les soins/le bien-être et les autres domaines (cf. thème 12).
- Et enfin, les personnes-clés citent différents facteurs de réussite : moyens supplémentaires, modification du financement actuel et formulation de responsabilités claires.

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- L'input des groupes de projets sur ce thème est plutôt limité, surtout dans le cas des projets PPL.
- Dans les projets-pilotes SI et P3, on constate qu'**une approche proactive axée sur l'outreach peut engendrer de bonnes pratiques en matière de prévention** :
 - L'un des projets-pilotes SI utilise par exemple des référents de quartier et des organisations actives au niveau des quartiers. Avec leur façon de travailler proactive et axée sur l'outreach au niveau des quartiers, elles contribuent à la prévention. En outre, certaines des formations proposées (par ex. sous la forme d'une académie de la santé) ciblent en partie la prévention.
 - Dans le cas d'un projet P3, certains prestataires de soins et aidants se rendent à domicile avec l'infirmière afin de se faire une meilleure idée de l'état de santé et des conditions de vie du patient. Cela leur permet également d'intervenir de manière préventive (si nécessaire).

Conclusion

- Même si tous reconnaissent et soulignent même l'importance de ce thème, il est souvent considéré comme un obstacle potentiel. On fait souvent la comparaison avec des exemples étrangers comme Kaiser Permanente, mais c'est difficile étant donné que la Belgique est fondamentalement différente en termes de financement et de structure étatique, même si le point de départ doit évidemment être un gain de santé au niveau de la population, quelles que soient l'origine et la destination du financement. Il faudra donc sans doute chercher une approche sur mesure pour le contexte belge.
- Les actions connues sont souvent associées à des méthodes d'outreach (p. ex. certaines campagnes), ce qui n'est généralement possible qu'au niveau transversal des pouvoirs publics.
- Une autre clé qu'il serait éventuellement possible d'étudier dans ce cadre réside dans une collaboration plus poussée au travers de différents domaines selon un mode très local. Cela nécessitera donc une collaboration avec les administrations locales.



Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 10 : Outils numériques à l'appui du processus de soins : partage électronique de données et plateforme numérique pour la collaboration multidisciplinaire (1/3)

Description générale et observations scientifiques

- Les outils numériques à l'appui du processus de soins sont incontournables dans le contexte de soins de santé modernes. Les instruments numériques peuvent faciliter le processus de planification des soins, cerner les objectifs de vie et de soins et en assurer le suivi dans un plan de soins et permettre un accès intégré à l'information. Dans ce contexte, on peut faire une distinction entre trois types d'instruments :
 - Une plateforme numérique transversale pour la collaboration et la communication entre l'équipe de soins, à savoir les professionnels des soins, les aidants informels et le patient.
 - Un dossier de patient électronique intégré performant (« I-EHR, Integrated Electronic Health Record »)
 - Un dashboard permettant l'utilisation secondaire de « données du monde réel » pour la gestion de population, la recherche, le suivi de la qualité et la politique.
- Ces outils numériques peuvent servir de **pont** pour **faciliter la collaboration et le partage de données entre** les différents **secteurs** concernés (soins, bien-être...), au niveau sectoriel mais aussi au niveau micro, où des équipes de soins multidisciplinaires partagent et peuvent consulter, modifier et réutiliser des informations de (soins de) santé. Attention, la mise en place d'un instrument de ce type nécessitera des efforts de contenu comme des efforts techniques, de sorte qu'un horizon temporel suffisant est nécessaire. Parmi les enjeux techniques, on peut citer le stockage de données, l'entretien, l'interopérabilité entre systèmes, l'accès des patients, la réglementation, le RGPD/le respect de la vie privée... Pour relever ces défis, il faut bien souvent encore prendre un certain nombre de décisions de principe en matière de financement, de gestion des données d'accès...
- Le dernier **plan d'action sur l'e-santé** décrit un certain nombre d'éléments vitaux à cette fin qui seront réalisés entre octobre 2022 et 2024. Les deux concepts les plus importants dans ce cadre sont le « Belgian Integrated Health Record » (BIHR) qui servira de cadre de référence pour le soutien de l'aide et des soins intégrés et multidisciplinaires et l'utilisation secondaire de données qui sera facilitée par la Health Data Agency (HD Agency). Un plan d'action distinct est établi pour le programme de la HD Agency.
- Le plan d'action fédéral e-santé décrit de nombreuses initiatives censées stimuler la numérisation et le partage de données dans les soins, parmi lesquelles VIDIS, un dossier de traitements médicamenteux intégré virtuel, une plateforme de soutien aux décisions pour les interventions médicales, l'intégration numérique de Belrai, le projet 4.2 fonctionnalités multidisciplinaires (au niveau fédéral) et le projet de plan de soins et d'aide numérique (DZOP au niveau flamand), l'amélioration de l'accès à ses propres données de santé pour le patient au moyen de l'évolution depuis l'actuel « Personal Health Viewer » vers un « Personal Health Record », la plateforme citoyenne wallonne (comprend différents projets...). La Communauté germanophone souscrit au plan d'action eSanté et fondera ses propres projets sur les résultats du plan d'action. D'autres initiatives sont en cours au niveau bruxellois, comme le coffre-fort multidisciplinaire (Brusafe) et le Réseau santé bruxellois (RSB).
- Parallèlement aux initiatives des pouvoirs publics, les universités et les entreprises développent elles aussi des applications numériques. C'est le cas par exemple du baromètre pour médecins généralistes développés à la KU Leuven durant la pandémie de COVID-19, qui est en cours d'extension au domaine pathologique du diabète et à l'utilisation d'antibiotiques. Cet outil a pour objectif de contrôler la santé et la qualité des soins au niveau des pratiques de médecins généralistes. À l'avenir, ce projet pourrait être étendu afin de communiquer des données à d'autres professionnels des soins et de réutiliser des données (agrégées) au niveau méso dans le cadre de la gestion de population.
- Outre les initiatives en développement (parfois à plusieurs niveaux), et dans l'attente des résultats, le terrain lance souvent différents outils pouvant faciliter la communication et le partage de données. Il existe de ce fait un **risque de prolifération d'outils** dans la pratique.
- La **littérature scientifique** révèle qu'il existe actuellement une multitude d'outils numériques, mais que ceux-ci s'accompagnent encore d'un certain nombre de **défis**. L'interopérabilité n'est pas toujours évidente, tout comme l'intégration des données, la gestion des accès et la qualité des données. Malgré ces défis, la transformation numérique dans le secteur de la santé et des soins est considérée comme cruciale. **L'Europe a défini 3 priorités** en matière de numérisation dans les soins de santé : (1) accès sécurisé des citoyens à leurs données de santé, (2) médecine personnalisée via une infrastructure de données européenne partagée et (3) empowerment des citoyens au moyen d'outils numériques¹. Différentes tendances mondiales ont également été définies dans la numérisation des soins de santé, comme les données massives, la réalité virtuelle, les dispositifs médicaux portatifs (« wearables »), etc.²⁻⁵. Le paysage belge du bien-être et des soins de santé pourrait avoir intérêt à rechercher les applications pertinentes de ces tendances.
- Et enfin, il est important de **développer les compétences** nécessaires pour l'utilisation des outils numériques, aussi bien par les professionnels que par les citoyens. L'Organisation pour la Coopération et le Développement Économiques estime que l'inclusion numérique est cruciale pour faire en sorte que les groupes vulnérables aient eux aussi accès aux infrastructures numériques⁶.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 10 : Outils numériques à l'appui du processus de soins : partage électronique de données et plateforme numérique pour la collaboration multidisciplinaire (2/3)



Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé (suite)

- Les personnes-clés sont unanimes pour affirmer que ce thème est **absolument crucial** pour l'évolution vers de l'aide et des soins intégrés (« une évidence »), mais elles s'empressent d'ajouter que **les outils numériques doivent être un moyen** et non une fin en soi. Quelques personnes-clés vont encore plus loin et affirment que l'évolution vers l'aide et les soins intégrés n'est pas possible sans outils numériques.
- Il règne encore une certaine **incertitude** parmi les personnes-clés quant aux acteurs censés **prendre l'initiative** sur ce thème. Plusieurs personnes-clés estiment qu'il incombe au niveau fédéral de prendre la direction (et que tous les outils doivent être reliés à une plateforme fédérale), tandis que d'autres privilégient plutôt les entités fédérées. Il règne par contre un consensus sur le fait que la multitude d'initiatives actuelle est contre-productive. Il existe un besoin d'interopérabilité (les systèmes doivent pouvoir se « parler ») pour faciliter la communication et l'échange de données.
- Les personnes-clés indiquent qu'il existe déjà différentes initiatives en cours, et elles mettent en garde de **se perdre dans la multitude d'outils**. Cela peut également créer une confusion pour le patient, par exemple du fait des nombreuses plateformes (par ex. Mynexuz, Cozo, Helena, masanté...) disponibles permettant au citoyen de consulter ses données. Une personne-clé affirme qu'il peut être plus productif d'**opérationnaliser entièrement un seul outil fonctionnant correctement** plutôt que de créer différents instruments qui restent éternellement en développement, comme c'est actuellement le cas. Cette situation est source de frustrations, d'impatience, de découragement et de démotivation. Les personnes-clés perçoivent un trésor de données qui ne sont pas encore exploitées à l'heure actuelle.
- Les personnes-clés jugent également important de **définir clairement la finalité des outils numériques**, à savoir promouvoir la collaboration, assurer le suivi de la performance, stimuler la coordination, appliquer une stratification des risques, partager des données (y compris au-delà des différents métiers, par ex. médecins, hôpitaux, pharmacies, infirmières à domicile...). On a vite fait de se tourner vers la numérisation et les outils pour régler ces problèmes, mais les répondants soulignent également l'importance de **garder un regard critique sur l'« outification »**. Les expériences personnelles et la modification des manières de travailler (par ex. recours à la concertation) peuvent également avoir un impact.
- Enfin, les personnes-clés insistent sur la nécessité de ne pas sous-estimer les **défis**, au niveau des instruments comme au niveau du partage de connaissances (y compris vie privée, RGPD...). Un véritable bond en avant dans la numérisation nécessitera d'y consacrer des moyens financiers, du temps et des efforts selon les personnes-clés. Il convient de ne pas négliger l'intégration (clinique comme en matière d'informatique) si l'on souhaite relever les défis de demain. Il s'agira de s'entendre sur la manière dont les acteurs (par ex. aussi les organismes d'assurance et l'AIM) peuvent gérer la multitude de données dont ils disposent. Une personne-clé affirme même qu'il serait « presque contraire à l'éthique de ne rien faire avec les montagnes de données dont nous disposons. »

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- Tous les GP indiquent qu'il existe actuellement une multitude de systèmes/plateformes/outils/applications, mais que **la correspondance et la connexion entre ces outils font défaut**. De ce point de vue, les GP indiquent que de nombreuses améliorations restent possibles et qu'il s'agit là d'un facteur indispensable pour parvenir à l'aide et les soins intégrés.
- Dans la pratique, les GP ont besoin de différents éléments :
 - Au **niveau macro** : réaliser l'échange de données non seulement entre les professionnels, mais aussi entre le niveau politique et le terrain, notamment par l'utilisation secondaire des données afin de favoriser la collaboration et de fonder les décisions sur les données disponibles, par exemple en matière de gestion de population, de suivi de la qualité...
 - Au **niveau méso** : une plateforme pratique d'échange d'informations et de données, alimentée par les domaines de politique du bien-être et des soins afin de créer une image complète de certaines personnes ou certains groupes. Cela fait encore complètement défaut à l'heure actuelle. On observe d'ailleurs un certain paradoxe : la majorité des professionnels des soins sont absolument demandeurs d'un instrument de partage des données, mais se montrent réticents à partager leurs propres données pour des raisons de confidentialité/RGPD et de manque de clarté quant au secret professionnel (partagé).
 - Au **niveau macro** : à l'heure actuelle, les GP recherchent encore des outils contenant des informations sur les professionnels des soins impliqués auprès d'un patient donné et avec lesquels ils peuvent donc communiquer et partager des informations en vue d'une meilleure expérience du patient. Les GP n'ont encore trouvé aucun outil répondant à ce besoin.
- Enfin, les GP attendent clairement des pouvoirs publics qu'ils prennent la direction de la numérisation et qu'ils s'efforcent d'éviter la cohabitation d'un trop grand nombre d'outils similaires.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 10 : Outils numériques à l'appui du processus de soins : partage électronique de données et plateforme numérique pour la collaboration multidisciplinaire (3/3)



Conclusion

- Tous les acteurs formulent des besoins très clairs sur ce thème, et ils affirment que les progrès dans ce domaine pourraient faciliter l'application des SI dans la pratique. Voir aussi le chapitre 4, « Gros plan sur la série d'outils ». Il semble aussi que de nombreuses démarches aient déjà été lancées dans le cadre d'autres initiatives qui pourraient répondre à ces besoins. Nous constatons toutefois aussi, chez les parties prenantes, le réflexe de chercher de manière pragmatique des solutions (numériques) s'il s'avère que les outils actuels ne sont pas encore disponibles (pas assez rapides ou performants). Simultanément, il existe aussi une demande de limiter la prolifération des différents outils.
- Le fait que d'autres initiatives couvrent peut-être un certain nombre de besoins est une opportunité à saisir, mais cela représente aussi une dépendance cruciale pour ce trajet. En outre, l'existence de plusieurs initiatives entraîne aussi un risque de manque d'uniformité ou de chevauchement, ce qui sèmerait la confusion sur le terrain et pourrait également entraîner une allocation non optimale des moyens financiers.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 11 : Soutien du réseau informel d'une personne dans son contexte au niveau individuel comme au niveau du groupe (1/2)



Description générale et observations scientifiques

- On peut décrire le réseau informel comme un ensemble de personnes faisant partie du contexte / de l'environnement (direct) de la personne. C'est le cas par exemple des aidants informels, des membres de la famille, des bénévoles, des voisins, des amis, des collègues, des connaissances... et d'autres personnes avec lesquelles la personne entretient une relation de confiance. Pendant un processus de soins, le réseau informel peut jouer un rôle important pour la personne en question. Ainsi, le **réseau informel** est un **facteur déterminant** de la capacité de notre système belge de soins de santé.
- Du fait de l'évolution épidémiologique vers un plus grand nombre de maladies chroniques et une multimorbidité, **l'importance du soutien** et la contribution du réseau informel vont **continuer d'augmenter fortement**. Les pouvoirs publics peuvent jouer un rôle dans ce contexte pour renforcer les réseaux informels. Il s'agit d'un défi d'une importance capitale.
- Le soutien au réseau informel d'une personne dans son contexte est nécessaire pour permettre aux acteurs de ce réseau de continuer à apporter activement leur contribution de manière optimale et de trouver un juste équilibre avec leur vie sociale et professionnelle. Il ressort en effet d'une étude scientifique que les personnes étaient satisfaites de leurs soins et du soutien reçu, mais qu'elles ne recevaient pas suffisamment d'aide parce que leurs aidants informels, par manque de temps, du fait de la distance géographique ou par épuisement, ne pouvaient pas toujours leur apporter les soins et l'aide nécessaires.
- On notera que le réseau informel est souvent très **important pour les groupes vulnérables**, non seulement pour participer aux tâches de soins, mais aussi d'un point de vue plus social, c'est-à-dire pour stimuler l'autonomie, lutter contre l'isolement sociale, etc. Les réseaux des personnes vulnérables sont cependant souvent limités, voire inexistants. Un soutien est donc indispensable dans ce domaine.
- On peut distinguer deux niveaux dans le soutien au réseau informel :
 - Au niveau individuel, à savoir pour les aidants informels par exemple : la mise à disposition d'informations compréhensibles faciles à retrouver concernant les soins d'une personne, mais aussi les droits dont dispose le réseau, etc. Tout comme dans le thème 8, le concept de compétences en santé (health literacy) joue ici aussi un rôle important : être capable de trouver, comprendre et utiliser les informations et les services liés aux soins et au bien-être afin de pouvoir prendre des décisions et des mesures pour d'autres personnes (et pour soi-même) dans le domaine de la santé.
 - Au niveau collectif : la reconnaissance et les mesures nécessaires pour préserver et optimiser les capacités de ces personnes (par ex. congés pour aidants informels, prime pour soins informels...) et implication nécessaire dans le processus de soins et de soutien à une personne.
- Dans le cadre de l'évolution vers les SI, il sera important de renforcer aussi bien les **soins formels** (professionnels des soins, hôpitaux... aussi appelés la « superstructure ») que les **soins informels** (aussi appelés « substructure »). La **collaboration** et l'échange de connaissances entre ces deux groupes sont également importantes.
- Dans la pratique, ce soutien s'exprime au travers des initiatives suivantes (liste non exhaustive) : [Vlaams Mantelzorgplan 2.0](#), [Projet : Accompagnement des Aidants-Proches de personnes âgées en perte d'autonomie](#), [Vlaams digitaal zorg- en ondersteuningsplan](#) (vu que l'idée est que le réseau informel pourra l'utiliser), [Plates-formes de soins palliatifs / palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden](#), [Services intégrés de Soins à Domicile \(SISD\)](#), [SAM Netwerk](#), [Bruxelles Région Aidante](#), [Zorgzame buurten](#), [CLLS à Bruxelles](#), [Projets innovants](#) (tels que [Bras Dessus](#) [Bras Dessous](#), [Accolage](#), [Citizen](#),...).

Réseau informel



Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 11 : Soutien du réseau informel d'une personne dans son contexte au niveau individuel comme au niveau du groupe (2/2)



Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé

- Les personnes-clés signalent de manière générale que le soutien au réseau informel est **très important** étant donné que notre système de soins ne dispose pas de capacités de soins ni de moyens suffisants pour assurer tous les soins de manière professionnelle. Il convient toutefois de **nuancer quelque peu** cet avis : il n'est en effet pas possible de déléguer toutes les tâches de soins et de soutien à la personne et son réseau, car les personnes-clés estiment que le réseau professionnel reste plus important. Il s'agit en effet de pouvoir offrir des soins suffisants même en l'absence d'un réseau informel, car certaines personnes ne possèdent pas de réseau informel ou ne possèdent qu'un réseau limité. Dans cet esprit, il convient de **considérer le réseau informel comme un élément complémentaire au réseau de professionnels** (et non comme un remplacement). Les personnes qui font partie du réseau informel peuvent être des membres de la famille ou des voisins (cf. thème 12). Les personnes-clés considèrent le réseau comme un élément complexe : différentes personnes assurent différentes fonctions au sein du réseau.
- Même s'il règne un certain consensus quant à l'importance du soutien au sein du réseau informel, les personnes-clés soulignent qu'à l'heure actuelle, **les moyens et le temps disponibles pour investir dans ces réseaux sont limités**. Elles perçoivent néanmoins encore un potentiel de croissance important.
 - **Au niveau individuel**, les répondants insistent sur la nécessité d'accorder une attention suffisante à la health literacy, d'informer les aidants informels sur la manière de gérer certaines pathologies chroniques ainsi que sur leurs droits du point de vue de certains incitants (financier), d'évaluer la capacité de charge des aidants informels au moyen d'enquêtes, etc.
 - **Au niveau des structures de soins et de l'organisation des soins**, les personnes-clés sont d'avis que les soins informels font largement partie de nos soins de santé, de sorte qu'il convient de les intégrer de manière structurelle au système. Les aidants informels doivent être suffisamment impliqués dans les discussions au niveau micro et doivent être réunis afin de pouvoir partager leurs expériences et connaissances. Afin de pouvoir offrir un soutien suffisant à ce niveau, les pouvoirs publics doivent clairement jouer un rôle facilitateur au niveau des mesures (financières) de soutien (par ex. inclure le temps consacré aux soins informels dans le calcul de la pension, élargissement des congés...).

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- L'**input** des groupes de projets sur ce thème est plutôt **limité** étant donné qu'il relève de la dimension 8 de Scirocco : « gestion de soi et empowerment », alors que les groupes de projets mettent plutôt l'accent sur l'empowerment et la gestion de soi de la personne dans son contexte plutôt que du réseau informel.
- Malgré cet input limité, il est clair que **certaines actions sont lancées** au sein des groupes de projets **en matière de soutien au réseau informel**. Par exemple, les projets P3 ont lancé une action collective visant à pouvoir offrir une prise en charge aux aidants informels après le décès de la personne dans son contexte. Les projets collaborent également avec les associations d'aidants informels en vue d'organiser des formations à l'appui des aidants informels, et ils font remplir des formulaires afin d'évaluer la capacité de charge du réseau informel. Les projets indiquent cependant que les personnes du réseau informel ne répondent pas toujours de façon correcte ces questionnaires par crainte des conséquences (par ex. le risque que la personne ne puisse plus continuer à vivre chez elle).
- Enfin, les projets-pilotes SI et les projets P3 indiquent que les aidants informels **doivent être impliqués davantage dans les groupes de travail**, mais que cette intégration est sans doute entravée par **le jargon, la charge de travail et le manque de temps et d'espace**. La **réglementation entrave** elle aussi le réseau informel (ainsi que les professionnels) et l'empêche de suivre pleinement les choix de la personne dans son contexte.

Conclusion

- Correspond au thème 8, à savoir : on a le sentiment général que, malgré la reconnaissance de son importance, il reste du chemin à parcourir pour l'intégrer efficacement aux niveaux macro, méso et micro.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 12 : Soins et bien-être dans un contexte plus large (1/2)



Description générale et observations scientifiques

- L'optimisation de la qualité de vie ne se limite pas aux soins de santé, mais englobe aussi l'orientation des soins vers la personne. Plus précisément, plusieurs modèles théoriques (cf. pyramide de Maslow¹, Health Field Model de Lalonde²) indiquent en effet que **l'état de santé des personnes dépend en grande partie d'une série de déterminants non médicaux** tels que le bien-être mental, les réseaux de soutien social, l'enseignement, le travail, le logement, les facteurs environnementaux (qualité de l'air, bruit...), etc³.
- Sachant cela, il est donc logique d'approcher les soins de santé dans une perspective plus large et non sous l'angle étroit des patients, des professionnels et du réseau. Il s'agit d'élargir le **processus de soins vers l'intégration du bien-être et d'autres domaines** tels que le travail, le logement, l'enseignement, la culture et le sport... Plus concrètement, cela suppose d'envisager la politique de santé au travers de différents domaines et niveaux de politique. Ce concept est aussi appelé « **health in all policies** », et l'OMS préconise également cette approche.
- Dans la pratique actuelle, on s'efforce de plus en plus d'intégrer les soins et le bien-être via la politique de santé des administrations locales (par ex. initiative « gezonde gemeente » du Vlaams Instituut voor Gezond Leven) et les projets de quartier (par ex. projets « zorgzame buurten » en Flandre, Les Contrats Locaux Social-Santé (CLSS) dans les 9 quartiers de la Région bruxelloise), mais aussi via l'accueil large intégré (ALI).

Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé

- La plupart des personnes-clés se disent **favorables à l'intégration de soins de santé** et même à une approche plus holistique de *health in all policies*.
- Les personnes-clés ont également conscience de la nécessité d'**accords concernant la portée des soins de santé**. Certains partisans soulignent que, dans le cadre des soins de santé mentale par exemple, l'implication des autres domaines dans les soins est considérée comme cruciale. Mais d'autres voix pensent au contraire qu'il faut axer les réformes et les optimisations tout d'abord sur l'intégration des soins de santé eux-mêmes avant d'y impliquer encore d'autres domaines (comme l'enseignement, le travail, le logement...).
- **Les administrations locales** peuvent jouer un rôle important dans ce contexte. C'est ce qui ressort des différents exemples présentés par les personnes-clés afin de stimuler et réaliser les soins et le bien-être dans un contexte plus large, à savoir en misant davantage sur :
 - La stimulation et la sensibilisation des communes sur les nombreux éléments ayant une incidence sur la santé de leurs habitants ;
 - L'organisation de formations pour les administrations locales afin de travailler sur la santé même si elles n'assument aucunes responsabilités directes en la matière (mais elles peuvent avoir une responsabilité directe par la mobilité, les loisirs, l'environnement naturel, les espaces publics,...) ;
 - Souligner le rôle que les acteurs du bien-être et en particulier des acteurs locaux, par ex. les CPAS (voir aussi le thème 9), peuvent assumer pour assurer le lien avec d'autres domaines ;
- Et enfin, les personnes-clés indiquent qu'il serait possible de faciliter la collaboration entre les soins et le bien-être par le biais d'un partage de données au moyen d'outils numériques (cf. thème 10), mais aussi dans les compétences et les capacités (cf. thème 3). Et c'est ici que la question des limites du secret professionnel (partagé) refait surface.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 12 : Soins et bien-être dans un contexte plus large (2/2)



Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- L'input des groupes de projets sur ce thème est plutôt limité.
- Les projets P3 font savoir que ces projets ciblent actuellement principalement les soins et que l'aspect « bien-être » fait encore défaut. Ils l'expliquent par le décrochage de différents partenaires au fil des années (peut-être en raison des nombreux changements). Ils pensent toutefois qu'il existe encore différents canaux de communication et réseaux (informels) auxquels il est possible de faire appel pour relancer la collaboration.
- Par ailleurs, les projets-pilotes SI/PPL indiquent que, même si l'**implication de domaines autres** que les soins et le bien-être est plutôt **limitée** (en raison de la focalisation plus récente sur ces aspects), ils ont conscience de **leur valeur ajoutée**. Tout comme les personnes-clés, les groupes de projets reconnaissent l'importance de la collaboration avec les administrations locales (qui sont parfois représentées au sein des groupes de pilotage) et différents projets ont déjà lancé des initiatives en collaboration avec des mouvements de jeunesse, des clubs de sport et des écoles / centres d'accompagnement des élèves. Dans le cadre du travail basé sur l'emplacement, par exemple, on s'efforce d'assurer une présence dans les bibliothèques, les maisons de jeunesse, etc.

Conclusion

- Il en va pour ce thème comme pour le thème 9 : son intérêt est largement reconnu, et il est proposé surtout de conclure des accords de collaboration. Il règne toutefois certaines divergences quant au meilleur moment de le faire (par rapport au traitement des autres thèmes) : faut-il conclure des accords larges dès le début, ou bien d'abord se concentrer sur d'autres éléments et n'élargir la perspective qu'ultérieurement ?
- Vu l'importance d'une application locale accordant une attention explicite à une approche holistique des soins et du bien-être, une collaboration avec notamment les administrations locales pourrait être une piste dans ce domaine.

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 13 : Gestion de l'intégration (1/3)



Description générale et observations scientifiques

- L'évolution vers l'aide et les soins intégrés nécessitera forcément davantage de collaboration, aussi bien au niveau des équipes multidisciplinaires qu'au niveau plutôt organisationnel et structurel. Dans le cadre de ce projet, nous désignons la facilitation de cette collaboration par le terme « gestion de l'intégration ». On peut décrire celle-ci plus précisément comme un processus comportant différentes tâches visant à soutenir et guider la mise en œuvre de l'aide et des soins intégrés.
 - Nous envisageons la gestion de l'intégration d'une part sous un angle structurel/organisationnel ; ce thème est étroitement lié au thème 1 (niveau locorégional) étant donné que c'est précisément au niveau locorégional qu'il existera un besoin de gestion poussée de l'intégration afin de renforcer l'évolution vers les SI. Il va par exemple falloir étudier la nécessité éventuelle d'un « organe » qui serait chargé d'assurer la collaboration des différents acteurs au niveau locorégional (et aux autres niveaux), la forme que pourrait prendre cet organe. Il faudra également déterminer si la gestion de l'intégration n'est pas plutôt un rôle, comment intégrer structurellement dans les différentes organisations des aspects susceptibles de stimuler la collaboration, comment ancrer la collaboration entre différents niveaux, etc.
 - Mais nous l'envisageons aussi du point de vue culturel. La gestion de l'intégration comporte également des activités liées à la gestion du changement, à la gestion de l'organisation, aux mises en relation et à la collaboration.... Tout cela pour permettre l'évolution vers les SI et la faire « réussir » auprès de toutes les parties prenantes.
- On peut déduire de ce qui précède que la gestion de l'intégration découle aussi indirectement de l'ensemble des 13 thèmes ci-dessus. La conjonction des optimisations apportés au financement, au niveau locorégional, à la numérisation, etc. aboutira à l'intégration littérale de l'évolution vers l'aide et les soins intégrés.
- La littérature présente différents **exemples internationaux** dans lesquels des organisations ont été créées afin de guider et d'intégrer les soins et le bien-être (et qui assument donc de cette manière le volet « gestion de l'intégration »). Nous devons tenir compte du fait que les exemples suivants disposent d'un autre financement, d'une structure étatique différente... et donc qu'ils peuvent servir d'inspiration mais sont pas directement comparables à la situation en Belgique.
 - Aux États-Unis, les **Accountable Care Organizations (ACO)**: un groupe de médecins, d'hôpitaux et d'autres prestataires de soins qui, ensemble, coordonnent les soins volontairement pour un groupe délimité de personnes (couvertes par Medicare) dans le but d'obtenir des soins adaptés en temps utile pour cette population. L'ACO répartit les moyens éventuellement économisés dans le programme Medicare.
 - Au Royaume-Uni, le **North West London Integrated Care System (ICS)**: en avril 2022, le Royaume-Uni a été divisé en 44 « integrated care systems » géographiques. Chaque ICS comporte un Integrated Care Partnership au sein duquel siègent aussi bien le NHS que les administrations locales et le secteur bénévole, et ceux-ci déterminent la stratégie de soins pour l'ICS.
 - Aux Pays-Bas, les **Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS)** : Les Pays-Bas possèdent 14 réseaux ROS chargés d'assurer la bonne organisation des soins de première ligne au sein d'une région donnée. Les réseaux ROS sont comparables aux zones de première ligne en Flandre et couvrent l'ensemble du territoire néerlandais. L'équipe de gestion de l'intégration d'un ROS se compose d'une équipe mixte d'environ 20-30 collaborateurs et comptant un directeur, des conseillers/consultants, des office managers et un secrétariat.
 - Autres exemples internationaux : : [Health Maintenance Organisations](#), [Kaiser Permanente](#), [Geisinger Health System](#) en integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal¹
- En Flandre, le consortium du projet-pilote en aide et soins intégrés [Zorgzaam Leuven](#) a créé en 2017 un « intégrateur » afin d'assurer une meilleure réussite de l'aide et des soins intégrés dans la région de Louvain. Dans cet exemple, le terme « intégrateur » est défini comme « *un groupe sans cesse croissant de personnes (actuellement au nombre de 40) qui, depuis les organisations partenaires du projet, travaillent pour mobiliser les acteurs des soins à participer à l'aide et les soins intégrés. Il s'agit d'un groupe d'ambassadeurs et de motivateurs qui assurent un rôle de représentation au sein de différentes structures et différents organes de concertation.* » Dans cet exemple, ces organes sont chargés de rencontrer, enthousiasmer et engager les parties concernées et de faire tomber les résistances.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 13 : Gestion de l'intégration (2/3)



Observations et réflexions de personnes-clés dans le milieu belge des soins de santé

- Les personnes-clés soulignent la **nécessité et l'importance d'une gestion structurée de l'intégration** étant donné que, selon elles, cette gestion permettra de poursuivre le développement de l'aide et des soins intégrés de manière plus positive et favorisera en particulier sa mise en œuvre sur le terrain. .
- Les personnes-clés restent toutefois **divisées/incertaines** quant à la **réalisation concrète** de la gestion de l'intégration. Elles posent les questions suivantes : qui jouera le rôle d'intégrateur, s'agira-t-il d'une personne/instance existante ou d'une nouvelle instance/personne, quels seront les rôles et responsabilités précis de l'intégrateur, à quel(s) niveau(x) sera assurée la gestion de l'intégration, la gestion de l'intégration sera-t-elle mise en place de manière plutôt structurelle, la gestion de l'intégration sera-t-elle dirigée centralement, dans quelle mesure la gestion de l'intégration est-elle perçue comme une tâche temporaire/permanente, etc. Durant les interviews, les personnes-clés ont également fait souvent le **lien avec le niveau locorégional** (thème 1). Certaines personnes-clés perçoivent le niveau locorégional comme un intégrateur, d'autres non. Certaines proposent d'assurer la gestion de l'intégration principalement au niveau micro, tandis que d'autres estiment qu'il faut l'assurer à tous les niveaux de politique.
- Plusieurs personnes-clés soulignent que, pour elles, la gestion de l'intégration va explicitement de pair avec une **gestion du changement de comportement** mettant l'accent sur les éléments nécessaires pour créer des liens et faciliter une transition sur le long terme et une collaboration durable. Elles affirment également que la stimulation de l'évolution vers les SI auprès des travailleurs de terrain sera un effort de longue haleine.
- Enfin, certaines personnes-clés indiquent que les outils numériques peuvent faciliter les choses (par ex. pour diffuser l'information), même si d'autres affirment également la nécessité d'accorder une attention supplémentaire à inclure toutes les personnes (par ex. inclusion numérique) et à limiter l'impact administratif.

Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP)

- **Tous les GP** : tout comme les personnes-clés, affirment ressentir le **besoin** d'une **gestion structurée de l'intégration**. Ils l'estiment nécessaire pour les raisons suivantes :
 - Ils ont connu de nombreux changements de cadre et de vision en matière de SI (« la direction que nous sommes censés suivre change toujours énormément en cours de route », « les pouvoirs publics semblent opter pour les SI mais prennent de nombreuses décisions contradictoires »).
 - Ils constatent que la vision de l'aide et des soins intégrés n'est pas encore partagée partout sur le terrain (« à l'heure actuelle, de nombreuses parties prenantes n'ont pas encore vraiment adhéré à la vision des SI »).
 - Ils indiquent que le caractère provisoire des projets et le manque de vision à long terme freinent leur adoption. Une structure fixe avec une fonction d'intégrateur clairement définie peut permettre la prise de responsabilités, stimuler la collaboration et entraîner l'ancrage et la pérennité selon les participants aux ateliers.
 - Il est donc nécessaire, de contrôler, d'expliquer et de soutenir cette vision des SI sur le terrain et de traduire cette vision en structures (fixes). Les GP associent ce rôle de surveillance à la gestion de l'intégration. Les GP estiment que cela permettra de suivre une même ligne pendant un certain temps, ce qui semble manquer à l'heure actuelle. Selon les GP, ce manque actuelle est la raison principale pour laquelle les projets ne parviennent pas à gagner en maturité. Nous constatons des divergences d'opinion au sein des GP, et il règne encore une grande incertitude aussi bien en ce qui concerne le rôle exact des intégrateurs (qu'est-ce que cela suppose exactement ?) qu'en ce qui concerne leur lien avec les structures existantes et nouvelles (qui s'en chargera).
- Les GP indiquent également que cette vision et cette stratégie doivent être liées **au financement et aux budgets** (cf. thème 6). À l'heure actuelle, certains GP ressentent un manque de moyens (ou une fragmentation) qui fait qui empêche la mise en place d'une collaboration optimale entre les régions (« à l'heure actuelle, chacun souhaite investir de l'argent uniquement dans sa propre région et non travailler de manière transversale, car les fonds manquent pour cela »). Une autre conséquence en est qu'il est de plus en plus difficile de trouver des collaborateurs désireux de se lancer dans des projets aussi incertains.
- Les GP attendent également du rôle d'intégrateur que celui-ci **rationalise** toutes les **initiatives** lancées actuellement dans le cadre des SI. Plus précisément, les GP ont le sentiment que de nombreuses initiatives sont mises en place actuellement mais qu'elles ont toutes un impact relativement limité. Ils proposent de lancer des initiatives à plus grande échelle visant un impact (plus) important.

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses

Thème 13 : Gestion de l'intégration (3/3)



Expériences issues de la pratique, à savoir les 3 groupes de projets (GP) – suite

- **Projets PPL** : indiquent que le démarrage du projet a été difficile et que toutes les parties prenantes n'adhèrent pas encore à la vision des SI. En cette phase de lancement, ils sont à la recherche d'un plan de changement et de transition concret indiquant le sens des étapes suivantes et permettant un travail structuré. Ils sont par ailleurs très satisfaits du rôle (d'intégrateur) assumé par les coordinateurs locaux. Leur présence est un outil, et les projets attendent beaucoup de ces coordinateurs locaux, dont un certain nombre n'ont encore assumé leurs fonctions que récemment.
- **Projets SI** : confirment également ce que les autres groupes de projets ont déjà affirmé, à savoir qu'il existe une volonté de changement mais qu'il manque actuellement une vision et un plan d'intégration et de transition. Durant les ateliers, ils ont également rappelé la nécessité de ne pas oublier le patient dans le cadre de la gestion de l'intégration. Selon les GP, il ne s'agit pas uniquement d'intégrer les professionnels de soins, les projets et les niveaux locorégionaux. Il faut aussi impliquer la personne/le patient dans l'évolution vers l'aide et les soins intégrés et en faire finalement l'ambassadeur.
- **Projets P3** : disent rechercher principalement l'ancrage et la pérennité (« de nombreuses parties prenantes décrochent en raison du caractère temporaire et sans engagement »). Ils expriment par ailleurs la même demande de vision et de direction en matière d'évolution vers les SI.

Conclusion

- Il circule apparemment de nombreux termes à ce sujet qui reviennent essentiellement aux activités nécessaires pour passer de la situation actuelle à une situation souhaitée.
- Cet élément semble présenter un lien particulièrement étroit avec la manière dont différents éléments seront organisés au niveau locorégional, cf. thème 1. Les exemples étrangers identifiés apportent des compléments intéressants, mais il est important de noter que la Belgique possède un système de financement différent et une structure étatique différente. Il n'est donc pas forcément évident de comparer ces idées ni de les appliquer.
- Une crainte souvent exprimée est que des structures ou organes supplémentaires pourraient être créés alors que la demande est plutôt de partir de l'existant. Cette crainte, en conjonction avec la demande d'une approche Bottom-up, fait qu'une piste envisageable serait d'examiner plutôt la manière d'intégrer précisément les activités pertinentes.

A 4

Gros plan sur la boîte à outils

Le contenu a été délibérément laissé inchangé, malgré les développements récents de 2023, afin de maintenir une vue claire des conclusions et des perspectives recueillies lors de la phase 1 du programme.

Chapitre détaillé

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

Idées et besoins recensés au niveau de la boîte à outils – idées et besoins généraux

L'objectif de la boîte à outils est d'identifier les outils qui peuvent être utilisés pour la mise en œuvre de l'aide et des soins intégrés et/ou du Quintuple Aim sur le terrain. L'annexe 1 décrit les étapes suivies (sélection initiale, établissement de la *long list*, puis concentration sur la *short list*) pour parvenir à une *long list* de 87 outils, une *short list* de 6 outils et des outils supplémentaires dans la perspective de l'empowerment.

Comme nous l'avons décrit dans l'approche suivie, un travail en 3 étapes (screening initial, établissement d'une *long list* puis définition de la focalisation) a débouché sur une *long list*, une *short list* et quelques outils supplémentaires au niveau micro. Simultanément, les enquêtes auprès des personnes-clés et les ateliers de consensus basés sur Scirocco avec les 3 groupes de projets ont également permis de clarifier les besoins sur le terrain. Dans ce qui suit, nous examinons plus en profondeur les relations entre ces différents éléments.

Nous commençons par décrire les types de besoins recensés en ce qui concerne la boîte à outils.

Idées et besoins de nature générale des parties prenantes

- Les parties prenantes expriment le souhait de **mieux collecter les données en vue d'une utilisation au niveau macro et au niveau méso**.
 - D'une part, la collecte de données afin de mieux **identifier les besoins des citoyens** en ce qui concerne les soins et le bien-être.
 - D'autre part, la collecte de données et la définition d'indicateurs communs afin de pouvoir **fixer des objectifs communs, élaborer et évaluer des actions** au niveau méso.
- Les parties prenantes soulignent que les outils numériques sont un moyen de faciliter certains éléments mais ne constituent pas une fin en soi. Elles ne veulent pas se perdre dans une multitude d'outils (qui entraînent aussi des coûts significatifs), et préfèrent se concentrer sur un outil de qualité offrant une véritable valeur ajoutée.
- Il convient d'accorder une attention suffisante au développement d'outils numériques, mais aussi aux citoyens qui n'ont pas accès aux canaux numériques. Le soutien de ces personnes par un membre de leur réseau informel est évoqué comme une solution possible dans ce domaine.

Idées et besoins recensés sur le terrain (terrain = professionnels des soins)

- Il existe une grande **Crainte de la « toolisation »**, la crainte que certains s'imaginent trop rapidement qu'un outil peut régler les problèmes alors qu'il ne s'agit que d'une aide, d'un accessoire que l'on peut utiliser dans des situations spécifiques.
- On observe une **grande méfiance vis-à-vis de pouvoirs publics qui imposent des outils par le haut**, donnant l'impression d'ignorer les compétences intrinsèques d'un professionnel des soins avec des années de formation et de pratique derrière lui. Cette vision a été décrite ainsi au cours de plusieurs discussions avec les experts « *la boîte à outil doit contenir différents instruments susceptibles d'apporter un soutien à certains aspects de l'aide et des soins intégrés, mais c'est le professionnel qui porte cette boîte à outils et qui choisit quand il utilise un instrument donné.* »
- Différentes expériences dans la pratique ont révélé que **le positionnement des instruments est crucial**. Par exemple, l'application (obligatoire) d'un instrument pour déterminer si des patients ont droit à certaines formes de soins et d'aide peut entraîner une utilisation incorrecte de cet instrument. Ce problème a été évoqué notamment pour l'instrument Belrai (cf. infra).
- Les parties prenantes expriment un **besoin très important de communication et de partage des données**. Cet élément présente toutefois de nombreuses facettes et se situe à différents niveaux – voir la vue d'ensemble en page suivante.

A1

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

A2

Idées et besoins recensés au niveau de la boîte à outils – plus concrètement

A3

Nous nous concentrons ci-après sur des besoins formulés de manière plus concrète

A4

- Les parties prenantes considèrent la **communication** comme un élément crucial pour réaliser dans la pratique la collaboration entre différents professionnels et avec le patient– voir la vue d'ensemble plus détaillée à la page 71. Cet aspect est souligné par les instruments que les professionnels utilisent actuellement pour répondre à ce besoin. Les constats les plus importants à ce sujet sont les suivants :

A5

- À l'heure actuelle, il manque clairement un système clair répondant à ce besoin et les acteurs de terrain sont demandeurs.
- Afin de répondre au maximum à ce besoin dès maintenant, les acteurs du terrain se sont déjà mis à utiliser différents outils. Par exemple :
 - L'utilisation de **MS Teams**, aussi bien pour discuter de cas au niveau des patients que pour une communication et une concertation plus générale entre organisations ou entre professionnels.
 - L'utilisation de l'**appli Siilo**, qui facilite la communication entre prestataires de soins au niveau des patients de manière conforme au RGPD (par opposition à d'autres applications génériques de communication comme WhatsApp) et dans laquelle il est également possible de créer une équipe de soins autour d'un même patient central afin de faciliter la collaboration. Cette dernière est actuellement testée à petite échelle en province de Limbourg. On pourrait voir ces exemples comme une opportunité de définir les critères auxquels doit répondre un instrument de communication.
- Le terrain attend des pouvoirs publics qu'ils créent une plateforme permettant la communication entre professionnels et le patient dans la pratique. Même si des initiatives locales peuvent bien fonctionner et peuvent être déjà communément utilisées, il existe un risque d'approches différentes dans les différentes régions. Dans l'intérêt du patient (impliquer tous les prestataires de soins dans le même instrument) comme du professionnel (éviter que les professionnels doivent utiliser plusieurs instruments avec le même objectif), il est important de déployer une approche uniforme. Le projet de plan interfédéral devrait donc intégrer la définition de critères et l'évaluation des possibilités.
- Les parties prenantes évoquent en outre le besoin de formes de concertation financées et d'une plateforme permettant aux professionnels des soins d'échanger des informations/protocoles... Les éléments suivants ont été identifiés à cette fin :
 - **Au niveau locorégional :**
 - Une **interview** réunissant des professionnels autour d'un thème donné, ou intégrée de manière plus structurelle sous la forme d'un **réseau apprenant**. Les réunions sont de préférence accompagnées par un accompagnant de processus expérimenté (rôle de l'intégrateur) chargé de la conception (sélection des méthodes), de la préparation, du suivi, de l'évaluation et des ajustements. Quelques avantages d'un réseau apprenant : le développement de réflexions, le renforcement de compétences-clés, la pérennisation des bonnes pratiques, être un catalyseur pour le changement et le développement d'une culture de la qualité et d'une perspective « hélicoptère ».
 - Au **niveau organisationnel ou au niveau régional**, on peut par exemple recourir à une **concertation médico-pharmaceutique (CMP)**. Cette concertation vise à stimuler la collaboration multidisciplinaire entre médecins et pharmaciens. Ceux-ci peuvent conclure des accords par région en vue de s'attaquer ensemble à certains défis ou d'élaborer des programmes en faveur de la qualité. La concertation à ce niveau peut également présenter une valeur ajoutée pour d'autres groupes professionnels, et le fait de la stimuler par le biais d'incitants peut faciliter la transition vers des soins multidisciplinaires et intégrés.
 - Au niveau locorégional, une **plateforme transversale permettant d'échanger des informations relatives aux accords/protocoles...** peut apporter un soutien pratique. Ces informations ne sont pas liées à des cas mais contiennent le cadre plus large d'accords sur lequel se fonde l'organisation des soins.
 - **Au niveau individuel :**
 - On peut utiliser pour cela la **concertation multidisciplinaire (CMD)**. La capacité de concertation entre les professionnels et le patient dans son contexte informel dans des situations de soins complexes est extrêmement importante pour bien organiser les soins d'un patient. Les parties prenantes indiquent qu'il existe actuellement un manque de moyens financiers et que le cadre dans lequel la CMD peut avoir lieu est trop strict (par ex. présence obligatoire du médecin traitant, rémunération de 4 professionnels au maximum). Un élargissement de ce cadre ou un assouplissement des critères applicables aux CMD pourraient faciliter la collaboration multidisciplinaire.

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

Idées et besoins recensés au niveau de la boîte à outils – plus concrètement

Nous nous concentrons ci-après sur des besoins formulés de manière plus concrète.

- **Partage de données** : les parties prenantes estiment actuellement que le manque de partage de données est un facteur bloquant important pour l'aide et les soins intégrés. Les constats les plus importants à ce sujet sont les suivants :
 - On s'efforce déjà de répondre à ce besoin de différentes manières, mais on se heurte à différents défis :
 - Le manque d'interopérabilité entre les systèmes de différents professionnels ou différentes organisations;
 - Les lignes directrices du RGPD qui rendent plus difficile le partage de données;
 - La réticence des professionnels ou organisations à partager des données.
 - Les parties prenantes établissent un lien dans ce contexte avec le **dossier patient électronique intégré**. Cet élément est associé à la promotion de la collaboration multidisciplinaire, mais aussi :
 - À la promotion de l'autogestion et de l'empowerment du patient (par exemple, via l'utilisation de l'instrument Belrai) ;
 - À l'implication de l'aidant informel en tant que partenaire à part entière ;
 - À la facilitation de la coordination des soins et de l'aide et du case management.
 - Outre la mise à disposition d'une plateforme, il convient d'accorder de l'attention aux éléments suivants :
 - Formation des professionnels ;
 - Mise en place d'incitants (par ex. financiers) pour les professionnels ;
 - Information des citoyens ;
 - Attention accordée aux compétences numériques (e-inclusion).
- Nous constatons en outre que ce besoin de communication et de partage de données est présent aussi bien au niveau micro qu'au niveau méso – voir la vue d'ensemble en page suivante.

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

Idées et besoins recensés sur le terrain en ce qui concerne la boîte à outils – besoins de communication et de partage de données

BIHR : Belgian Integrated Health Record

A1

A2

A3

A4

A5

Type d'impact	Objectif	Besoin concret et possibilités	Exemples déjà utilisés ou initiatives en cours de développement susceptibles d'entrer en ligne de compte	Lié au(x) thème(s)
---------------	----------	--------------------------------	--	--------------------

Communication et partage de données en lien avec un cas entre prestataires de soins et acteurs du bien-être (équipe de soins) à propos d'une personne donnée = niveau micro

Communication en face à face	Concertation, discussion de cas	<ul style="list-style-type: none"> Formes de concertation financées Instruments pour utilisation en ligne/hybride 	<ul style="list-style-type: none"> Concertation multidisciplinaire Siilo - téléphone - MS Teams - Zoom... 	Thème 2, 3, 4, 8 et 11
Communication écrite	Pouvoir partager des notes / rapports / questions avec d'autres membres de l'équipe de soins concernant un patient, le patient dans son contexte informel incl.	<ul style="list-style-type: none"> Plateforme de communication (en ligne) avec l'équipe de soins de santé, y compris le patient dans un contexte informel Pouvoir ajouter des notes au dossier patient, visibles pour les autres professionnels Pouvoir partager les rapports d'un professionnel des soins 	<ul style="list-style-type: none"> Digitaal Zorgplatform Vlaanderen Project 4.2 Fonctionnalités multidisciplinaires (cf. plan e-santé) eHealthBox personnelle pour les prestataires de soins Siilo (fonction d'équipe de soins) Dossier patient électronique intégré (cf. BIHR, plan e-santé) 	Thème 2, 3, 4, 8, 10 et 11
	Être en mesure d'appliquer des soins ciblés	Enregistrement des objectifs de vie et des objectifs de soins traduits d'un patient, visibles pour les prestataires de soins et les aidants concernés et le patient lui-même. Des outils pour identifier les besoins de soins des individus.	<ul style="list-style-type: none"> Dossier patient électronique intégré (cf. BIHR, plan e-santé) Belrai 	Thème 3, 8, 10 et 11
	Pouvoir appliquer des soins axés sur la personne et les 5AIM	Enregistrement des Patient Reported Outcome Measures (PROM) et des Patient Reported Experience Measures (PREM)	<ul style="list-style-type: none"> Projet avec (une combinaison de) différents questionnaires en phase pilote EQ-5D, PROMIS-10, PaRIS, PACIC, P3CEQ Dossier patient électronique intégré (BIHR, cf. plan e-santé) 	Thème 8 et 10

Communication et partage de données entre prestataires de soins et acteurs du bien-être concernant tout ce qui ne touche pas à une personne donnée, mais à propos des soins dans une région donnée = niveau méso

Communication en face à face	Pouvoir conclure des accords sur les processus / l'approche etc. pour des domaines de pathologie spécifiques et la collaboration générale.	<ul style="list-style-type: none"> Formes de concertation financées (par ex. intervention, concertation au niveau méso pour définir les processus / protocoles...) Instruments pour utilisation en ligne/hybride Instrument facilitant l'autoréflexion et la création d'un langage commun 	<ul style="list-style-type: none"> Sur base volontaire ou financement dans le contexte d'un projet Téléphone - MS Teams - Zoom... Sciocco – HSO,... 	Thème 1, 2, 4 et 13
Communication écrite	Partage d'informations / protocoles ... et possibilité de poser des questions sur la collaboration générale	Plateforme permettant de partager des informations / protocoles et de poser des questions au niveau locorégional	<ul style="list-style-type: none"> MS Teams (pas encore de plateforme spécifique) 	Thème 1, 2, 4, 10 et 13

Mise à disposition de données au niveau micro et au niveau macro pour une approche et une évaluation axées sur les populations

Dashboard	Collecte d'informations concernant les besoins de soins et l'offre de soins dans une région	<ul style="list-style-type: none"> Dresser l'inventaire des besoins de la population dans la région Adapter l'offre (y compris les actions ciblées) à ces besoins. Évaluer le résultat des actions et orienter ces actions sur la base d'indicateurs ciblés (propres aux différentes pathologies et généraux, par ex. PREM) 	<ul style="list-style-type: none"> Sources de données telles que provincies.incijfers, atlas AIM... Zorgatlas Vlaanderen Dashboard de la KU Leuven pour médecins généralistes (projet-pilote à partir de 2023) Permettre l'utilisation secondaire des données du BIHR (cf. plan e-santé) 	Thème 1, 3, 7 et 10
-----------	---	--	--	---------------------

A1

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

A2

Idées et besoins recensés au niveau de la boîte à outils – plus concrètement

A3

Nous nous concentrons ci-après sur des besoins formulés de manière plus concrète (suite) :

A4

- **Travailler sur la base de données et de manière orientée vers les populations au niveau méso**, avec mise en avant des éléments suivants :
 - Une collecte de données correcte auprès de tous les prestataires de soins est nécessaire. Pour ce faire, il est important de stocker les données dans des dossiers électroniques d'une manière qui permette la réutilisation de ces données au niveau méso (interopérabilité).
 - Il faut des données disponibles et facilement consultables au niveau micro comme au niveau méso, en accordant une attention suffisante à l'utilisation sûre des données (par ex. en utilisant des coffres-forts de la santé dans lesquelles les données sont rassemblées de manière sécurisées et peuvent être consultées) afin de pouvoir faire l'inventaire des besoins de la population et adapter l'offre à ces besoins.
 - Les parties prenantes évoquent l'importance de réutiliser au niveau méso les données recueillies au niveau micro par différents instruments tels que Belrai, PROM & PREM...
 - Et enfin, les parties prenantes indiquent également la nécessité d'un soutien pour développer les compétences nécessaires pour interpréter et utiliser correctement les données.

A5

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

Le contenu possible d'une boîte à outils pour les SI

Comme nous l'avons décrit dans l'approche suivie, un travail en 3 étapes (screening initial, établissement d'une *long list* puis définition de la focalisation) a débouché sur les résultats suivants :

- 1) Long list de > 80 outils répertoriés susceptibles d'être pertinents dans le cadre de l'évolution vers les SI et de la réalisation des 5AIM
- 2) Shortlist : les instruments sur lesquels la priorité pourrait être mise dans le cadre de l'évolution vers les SI et de la réalisation des 5AIM
- 3) Outils supplémentaires dans la perspective de l'empowerment

Nous les abordons consécutivement ci-dessous :

1) *Long list* de > 80 instruments répertoriés

- Un inventaire a été dressé sous la forme d'un document Excel navigable dans lequel les outils sont triés par thème
- La liste contient des outils (en ligne), méthodes, modèles, plateformes... jugés utiles par les acteurs du terrain ou considérés comme potentiellement utiles par la littérature scientifique en vue de la mise en œuvre de l'aide et des soins intégrés et de 5AIM.
- Cette boîte à outil contient une description succincte de chacun des outils identifiés.

La *long list* complète se trouve en l'annexe 10.

→ Cette liste est trop longue pour pouvoir la considérer comme une boîte à outils. En outre, le lien avec les besoins recensés sur le terrain n'est pas toujours clair.

→ C'est pourquoi il a été décidé d'identifier les outils les plus indispensables et pertinents. Ceux-ci sont repris dans la *short list*, cf. infra.

Exemples de la long list

Thème	Description succincte du thème	Nom de l'instrument	Type	Sous-type	Niveau d'application	Utilisateur
4	Concrétisation du processus de soins / du trajet de soins / de la trajectoire de soins / de la planification des soins, y compris la coordination des soins et de l'aide et le case management					
		Clever	Soins orientés vers un objectif	Méthode	Niveau micro	Professionnel
		Doelzoeker	Soins orientés vers un objectif	Outil en ligne	Niveau micro	Professionnel
		Santé positive	Soins orientés vers un objectif	Outil en ligne	Niveau micro	Professionnel
		Babbelboost	Soins orientés vers un objectif	Méthode	Niveau micro	Professionnel
		Concertation	Soins orientés vers un objectif	Méthode	Niveau micro	Professionnel
		Esperanto des soins	Soins orientés vers un objectif	Méthode	Niveau micro	Professionnel
		DZOP	Plateforme		Niveau micro	Professionnel
		Concertation multidisciplinaire	Méthode		Niveau micro	Professionnel
		CMP : concertation médico-pharmaceutique	Méthode		Niveau méso	Professionnel
		Siilo	Appli de communication		Niveau micro et niveau méso	Professionnel
		Microsoft Teams	Communication et transfert de fichiers		Niveau micro et niveau méso	Professionnel
5	Culture d'aide et de soins intégrés					
		Intervision / réseau apprenant	Méthode		Niveau méso	Professionnels
		CPM : collaborative practice models	Modèle		Niveau méso	Professionnels, organisation
6	Financement de l'aide et des soins intégrés à différents niveaux répondant aux 5AIM					
		Virtual payment			Niveau macro	Professionnel
		Modèle cappuccino			Niveau macro	Professionnel
		Besoin d'instruments pour assurer le financement des SI au niveau méso			Niveau méso	Professionnel

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

Le contenu possible d'une boîte à outils pour les SI

2) *Shortlist*: les instruments sur lesquels la priorité pourrait être mise dans le cadre de l'évolution vers les SI

Sur la base de 3 critères, 6* outils ont été retenus qui, selon les parties prenantes, pourraient constituer un levier important pour l'aide et les soins intégrés. Il ne s'agit pas des seuls outils pertinents, mais de ceux sur lesquels les parties prenantes se concentrent le plus dans une première phase, car leur absence peut actuellement être bloquante sur le terrain. Le raisonnement suivant a été suivi:

N°	Outil identifié	Critère 1 : quelle contribution au niveau méso?	Critère 2 : à quel besoin cela peut-il répondre sur le terrain ?	Critère 3 : en quoi est-ce un levier dans la stratégie de changement ?
1	Dashboard offrant des indicateurs pour une approche et une évaluation axées sur la population au niveau méso et au niveau macro.	Mettre des données à disposition en vue d'une utilisation secondaire	Dresser l'inventaire des besoins de la population afin de pouvoir mieux adapter les actions (l'offre) et de pouvoir évaluer le résultat de ces actions.	L'absence de données accessibles et des connaissances nécessaires à l'interprétation bloque actuellement l'approche axée sur la population (un trajet est toutefois en cours pour l'utilisation secondaire de données)
2	Plateforme réalisant la communication entre les professionnels de soins de santé	La communication est une condition périphérique pour les soins multidisciplinaires, aussi bien au niveau micro qu'au niveau méso entre les différents métiers et les différentes organisations des soins de santé.	<ul style="list-style-type: none"> Plateforme pour la communication (en ligne) avec l'équipe de soins (y compris le patient) (niveau micro) Plateforme permettant de partager des informations / protocoles / accords et de poser des questions aux collègues au niveau locorégional (niveau méso) 	L'absence de plateforme bloque actuellement la communication, tandis que cette communication est considérée comme cruciale pour l'aide et les soins intégrés (différents trajets pour la création d'une plateforme de ce type sont toutefois en cours)
3	Dossier patient électronique réalisant l'échange de données entre le patient et les professionnels des soins de santé.	Un dossier patient partagé est une condition périphérique pour de l'aide et des soins intégrés multidisciplinaires	Plateforme permettant de partager des notes / rapports / objectifs de soins / questionnaires PROM et PREM... liés au dossier patient électronique avec l'équipe de soins	L'absence de plateforme bloque actuellement l'échange de données, tandis que cet échange de données est considéré comme crucial pour l'aide et les soins intégrés (un trajet pour la création d'une plateforme de ce type est toutefois en cours)
4	Modèle d'autoréflexion au niveau locorégional (par ex. HSO, Scirocco...)**	Développement d'un langage commun afin de pouvoir discuter de la focalisation sur différents domaines	Instrument facilitant l'autoréflexion et le rapprochement des partenaires	Facilite le processus de définition d'actions communes au niveau méso
5	Méthode de gestion de l'intégration (par ex. intervision, concertation au niveau de l'organisation ou au niveau locorégional...)**	Transition vers les SI définie depuis le niveau méso	Formes de concertation financées et instruments pour utilisation en ligne/hybride	La stratégie de changement exige le rapprochement des parties prenantes et un processus d'échange continu de connaissances.
6	Belrai comme outil d'identification des besoins de soins**	Les données de Belrai peuvent être réutilisées pour la gestion de la population au niveau méso.	Outil permettant d'identifier les besoins de soins et de partager ces informations avec d'autres professionnels.	Le partage de ces informations entre professionnels facilite la création d'un plan de soins et évite à la personne de devoir répondre à ces questions à plusieurs reprises.

* Il reste à déterminer si les instruments identifiés utilisés actuellement sont idéaux pour la suite de la mise en œuvre

** Cet instrument a été ajouté à la short list à la demande de la cellule politique de santé publique.

és

A1

A2

A3

A4

A5

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

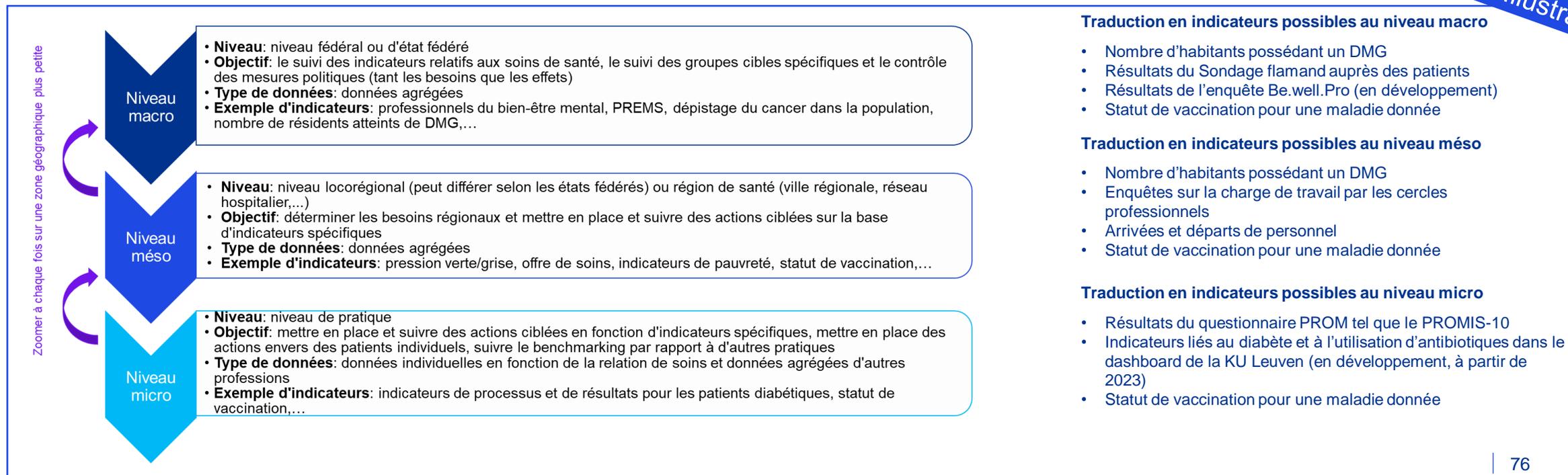
Le contenu possible d'une boîte à outils pour les SI

2) *Shortlist*: les instruments sur lesquels la priorité pourrait être mis dans le cadre de l'évolution vers les SI

Instrument possible 1 : Dashboard offrant des indicateurs pour une approche et une évaluation axées sur la population au niveau méso.

Première exploration & analyse

- Vu les besoins formulés, nous recensons actuellement les **aspects suivants à prendre en compte lors du développement éventuel d'un dashboard** :
 - Un dashboard devra peut-être être structuré en plusieurs couche, chaque couche plus profonde contenant des données plus précises (par ex. région géographique plus petite ou informations plus spécialisées) – voir ci-dessous pour une illustration
 - Les indicateurs susceptibles d'être utilisés pour assurer le suivi de l'aide et des soins intégrés en Belgique pourraient être basés sur les 5AIM.
 - Une présentation visuelle des indicateurs peut faciliter l'interprétation par l'utilisateur



Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

Le contenu possible d'une boîte à outils pour les SI

2) *Shortlist*: les instruments sur lesquels la priorité pourrait être mise dans le cadre de l'évolution vers les SI

Instrument possible 1 : Dashboard offrant des indicateurs pour une approche et une évaluation axées sur la population au niveau méso.

Première exploration & analyse (suite)

- Nous recensons actuellement **2 dashboards existants ou en construction sous la forme d'un projet-pilote**
 - **Atlas des soins (Zorgatlas)** : offre une vue d'ensemble des informations sur les soins, le bien-être et la santé (par ex. informations sur les admissions à l'hôpital et les enquêtes auprès de la population), est géré par l'Agentschap voor Zorg en Gezondheid. Ces informations peuvent être utilisées par les zones de soins en Flandre pour dresser l'inventaire de la population et faire le suivi du recours aux soins.
 - **Dashboard diabète et antibiotiques de la KU Leuven** (projet-pilote à partir de 2023) : ce dashboard donne aux médecins généralistes la possibilité de suivre la santé et la qualité des soins de leurs patients. Cela permet de prodiguer des soins proactifs et de déléguer des tâches à d'autres professionnels des soins si nécessaire. Ce dashboard permettra aussi à l'avenir de communiquer des données à d'autres prestataires de soins au moyen d'un dossier patient électronique et d'élargir les données depuis le niveau micro vers le niveau méso. → Dans le cadre de la campagne de vaccination contre le COVID-19, il existait déjà une collaboration entre les deux dashboards antérieurs qui permettait aux médecins généralistes d'accéder au statut de vaccination de leurs patients dans un dashboard au niveau micro et aux questionnaires de population de chaque zone de première ligne de suivre le statut de vaccination au moyen de données agrégées au niveau méso. Ensemble, ils pouvaient analyser de manière ciblée les groupes-cibles dont le taux de vaccination était susceptible d'être augmenté et de prendre des mesures adaptées à cette fin.
- Le **trajet e-santé** semble intégrer de nombreux aspects liés à ce type d'instruments, parmi lesquels (liste non exhaustive) :
 - Il fait le lien avec 5AIM
 - Il prévoit l'utilisation secondaire de données, par exemple pour la gestion de population, facilitée par la Health Data Authority (HDA).
 - Il désigne l'évolution vers des soins basés sur la personne et les populations et guidés par la demande, plaçant le bien-être et la qualité de vie au centre.
 - Il prévoit l'intégration d'un certain nombre d'instruments essentiels susceptibles de fournir des données utilisables au niveau méso, comme Belrai, les PROM et les PREM
 - Il évoque la nécessité de l'interopérabilité, de l'harmonisation des modèles de données et de la standardisation des données à l'appui de l'utilisation primaire et secondaire des données.
- Nous constatons qu'il existe déjà certains éléments susceptibles de servir d'input / de base pour un dashboard futur ; voir quelques exemples ci-dessous (liste non exhaustive) :
 - **Bases de données (y compris rapports spécialisés)**
 - Atlas AIM
 - Provincies.incijfers (Flandre)
 - Walstat.iweps.be (Wallonie)
 - Résumé Hospitalier Minimum (RHM) (données administratives, médicales et infirmières à la disposition du SPF Santé publique)
 - INTEGO (regroupe uniquement les pratiques flamandes, les données sont extraites des DMG auprès des médecins généralistes)
 - **Rapports de données**
 - Belgiqueenbonnesante.be (principalement au niveau macro, la région la plus petite possible est la province pour les variations dans la pratique)
 - Observatoire de la Santé et du Social (Bruxelles ; contient des rapports thématiques et des liens vers des informations qualitatives et quantitatives)
 - BISA (Bruxelles ; contient des rapports thématiques et une quantité limitée d'informations quantitatives)
 - Bruxelles Environnement (contient des rapports thématiques sur les éléments liés à l'environnement)
 - Iweps (Wallonie, contient des cartes et des informations quantitatives limitées)
 - Atlas des groupes défavorisés (Kansarmoedeatlas, Flandre, province de Flandre-Occidentale)

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

Le contenu possible d'une boîte à outils pour les SI

2) *Shortlist*: les instruments sur lesquels la priorité pourrait être mis dans le cadre de l'évolution vers les SI

Instrument possible 1 : Dashboard offrant des indicateurs pour une approche et une évaluation axées sur la population au niveau méso.

Recommandation / conclusion :

- Il semble que de nombreuses initiatives soient déjà en cours sur cet instrument. Cela signifie qu'il pourrait être pertinent de clarifier les éléments suivants :
 - Dans quelle mesure les besoins formulés du point de vue de l'aide et des soins intégrés sont-ils déjà couverts par les initiatives en cours ?
 - Existe-t-il un chevauchement entre les initiatives en cours, ou bien des points non couverts ?
 - Quel est le calendrier d'aboutissement prévu de ces initiatives ?
- Une bonne gouvernance et coordination de ces initiatives semble crucial pour obtenir une meilleure vue sur ces points. Étant donné que ces instruments et ces évolutions numériques sont généralement à long terme, il serait intéressant qu'il s'agisse d'un mode de collaboration durable.
- Il faudrait sans doute préciser davantage les opérations de traduction nécessaires pour mettre les données recueillies au niveau micro à la disposition du niveau méso sous une forme agrégée. Ainsi, les acteurs individuels des soins pourront consulter un dashboard adapté donnant une vue d'ensemble de l'état de santé de leur patient (repris dans le trajet e-santé), mais les gestionnaires de population au niveau méso pourront eux aussi disposer d'un dashboard afin de déterminer et de suivre les besoins de toute la population de leur région.
- En lien avec la possibilité de couvrir les besoins, on peut sans doute recommander d'examiner, dans un trajet de développement ultérieur, de se pencher sur une implication adéquate du public-cible, c'est-à-dire des futurs utilisateurs. Le plan e-Santé considère déjà ce point comme un facteur de réussite.
- Il est possible que des analyses soient nécessaires sur les sources de données utilisées pour un instrument de ce type. Les sources de données reprises dans le trajet e-santé sont principalement basées sur les soins de santé. Du point de vue des SI cependant, il sera peut-être nécessaire d'utiliser également d'autres données (démographiques, socioculturelles...) étant donné leur incidence potentielle sur les soins de santé ou parce qu'elles sont nécessaires pour bien cerner une population.
- Le développement d'un instrument de ce type nécessite de nombreux accords en matière de : disponibilité des données, qualité des données, communication des données, découplage des données et performance informatique. Il faudra donc conclure les accords nécessaires sur ces points également.

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

Le contenu possible d'une boîte à outils pour les SI

2) *Shortlist*: les instruments sur lesquels la priorité pourrait être mise dans le cadre de l'évolution vers les SI

Instrument possible 2 : Une plateforme réalisant la communication entre les professionnels des soins de santé est indispensable pour permettre un travail multidisciplinaire

Première exploration & analyse

- Ici aussi, nous constatons que des initiatives sont déjà en cours autour de ce type de plateformes, avec peut-être des fonctionnalités et objectifs qui se recoupent :
 - le Digitaal Zorg en Ondersteuningsplan (DZOP) de la Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, repris dans le plan e-santé
 - au niveau fédéral, le projet « 4.2 Fonctionnalités multidisciplinaires », repris dans le plan e-santé
 - L'eHealthBox pour les prestataires de soins s'adresse aux prestataires de soins tels que les médecins généralistes travaillent de manière individuelle, mais ne répond pas aux besoins des prestataires de soins qui travaillent en collaboration comme les pharmaciens.

Recommandation / conclusion :

- Vu les trajets déjà en cours, l'harmonisation avec ces trajets paraît cruciale pour réaliser des leviers externes en faveur de l'aide et des soins intégrés. Des questions très semblables sont abordées ici. Quels sont les besoins couverts par les initiatives en cours ? Y a-t-il des chevauchements ou des lacunes ? Quel est leur calendrier de réalisation ?
- Une bonne gouvernance et coordination de ces initiatives semble crucial pour obtenir une meilleure vue sur ces points. Étant donné que ces instruments et ces évolutions numériques sont généralement à long terme, il serait intéressant qu'il s'agisse d'un mode de collaboration durable.

Instrument possible 3 : Un dossier patient électronique intégré réalisant l'échange de données entre le patient et les professionnels des soins de santé est crucial pour la réalisation de l'aide et des soins intégrés

Première exploration & analyse

Si l'on revient sur les besoins formulés concrètement, il semble qu'ici également, de nombreux éléments soient potentiellement repris dans le plan e-Santé :

- Le trajet e-santé se penche sur la collecte de données qualitatives : « apporter un soutien par la mise à disposition de données réelles ('real world data') issues du BIHR et de données collectées systématiquement ('routinely collected data'), et par l'augmentation de la documentation, de la disponibilité, de l'accessibilité, de la qualité et de la possibilité de réutilisation des données. » Le trajet e-santé précise également l'intention d'utiliser des « care sets », c'est-à-dire des informations susceptibles d'être échangées sous une forme structurée, standardisée et codée entre les acteurs des soins. Après anonymisation, les informations de ces care sets peuvent être utilisées à des fins de définition des politiques et de suivi au niveau méso.
- Le trajet e-santé se penche sur la mise à disposition sous une forme claire : « Tous les acteurs des soins doivent pour cela posséder une application logicielle (EPD), même minime, assortie d'un dashboard adapté donnant une vue d'ensemble de l'état de santé de leur patient, accessible éventuellement via des coffres-forts de première ligne ou d'autres réseaux d'échange de données. »
- Enfin, l'utilisation secondaire de données est assurée via des instruments spécifiques repris dans le trajet e-santé : « [...] prévoir évidemment aussi l'intégration d'un certain nombre d'éléments essentiels comme BelRAI ».

Recommandation / conclusion :

- Vu les trajets déjà en cours, l'harmonisation avec ces trajets paraît cruciale pour réaliser des leviers externes en faveur de l'aide et des soins intégrés. Les mêmes questions que ci-dessus sont pertinentes ; quels besoins sont couverts par les initiatives en cours et quel est leur calendrier de réalisation ?

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

Le contenu possible d'une boîte à outils pour les SI

2) *Shortlist*: les instruments sur lesquels la priorité pourrait être mise dans le cadre de l'évolution vers les SI

Instrument possible 4 : Modèle d'autoréflexion au niveau locorégional (par ex. HSO, Scirocco...)

Première exploration & analyse

Le développement d'un langage commun pour formuler des objectifs communs, mettre en œuvre et réaliser des actions a été identifié comme un élément facilitant important au niveau locorégional. Un instrument visant à faciliter l'autoréflexion pourrait représenter une valeur ajoutée importante dans ce domaine. Les constats les plus importants à ce sujet sont les suivants :

- À l'heure actuelle, deux modèles sont appliqués au niveau locorégional en Belgique : Scirocco et HSO.
 - La Flandre a déjà réalisé un projet-pilote dans lequel les conseils de soins appliquaient Scirocco pour les aider dans la création de plans de politique et d'action. Le modèle Scirocco a semblé faciliter le développement d'un langage commun et l'analyse de différents défis selon la perspective de différentes parties prenantes.
 - La Wallonie utilise la norme HSO 7600:2021 pour l'aide et les soins intégrés. Celle-ci permet de définir et d'évaluer plus facilement des soins de santé intégrés et axés sur le patient. On notera que cette norme est actuellement utilisée surtout à l'appui d'un processus progressif, l'application proprement dite est prévue pour 2023.
 - Pour Bruxelles et la Communauté germanophone aucun instrument spécifique appliqué actuellement au niveau locorégional n'a été identifié.

Enseignements tirés de l'application Scirocco

Avantages ressentis	Inconvénients ressentis
<ul style="list-style-type: none"> • Cadre adapté à l'autoréflexion et à une discussion ouverte entre les parties prenantes, promeut le développement d'un langage commun 	<ul style="list-style-type: none"> • Le système de scores est parfois source de confusion : il est toujours nécessaire d'expliquer que les scores n'ont aucune valeur sans argumentation de fonds et qu'ils ne peuvent pas être utilisés en externe
<ul style="list-style-type: none"> • Instrument européen validé avec un processus décrit qui couvre aussi bien la réflexion individuelle que la réflexion en groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Outil en ligne peu convivial ; risque de perte de données • Version améliorée de l'outil nécessaire pour poursuivre l'utilisation

Analyse comparative Scirocco / HSO

Scirocco	Norme HSO
Objectif : faciliter la mise en œuvre de l'aide et des soins intégrés	
Utilisation : en tant que cadre d'accompagnement lors de la création d'un plan de politique et d'action et de la définition de la focalisation concernant les groupes-cibles, les actions spécifiques, la définition de l'offre de soins...	
Focalisation de fond : très similaire, avec des éléments tels que l'approche axée sur la population, l'installation d'une bonne gouvernance, des systèmes d'information numériques...	
Un cadre de référence général et des exemples sont proposés, mais pas de composants concrets	Check-list complète et étendue de composants à réaliser
Le système de scores implique un développement progressif de dimensions, mais cela ne correspond pas toujours à la pratique	Les composants proposés ne doivent pas être réalisés dans un ordre donné, possibilité de définition sur mesure

Recommandation / conclusion :

- L'application uniforme d'un seul instrument choisi (par entité fédérée ou au niveau fédéral) permettrait de stimuler une approche similaire au sein des différents réseaux locorégionaux, ce qui profiterait à l'uniformité des soins de santé. En cas de choix en faveur de modèles différents, il faudrait idéalement que ceux-ci présentent des accents similaires afin de garantir l'interopérabilité entre les différentes entités fédérées.

Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

Le contenu possible d'une boîte à outils pour les SI

2) *Shortlist*: les instruments sur lesquels la priorité pourrait être mise dans le cadre de l'évolution vers les SI

Instrument possible 5 : Des méthodes ciblées peuvent faciliter le processus de gestion de l'intégration

Première exploration & analyse

- Il serait possible d'élargir les méthodes ou pratiques existantes (par ex. aux méthodes de financement) appliquées déjà en partie à l'heure actuelle (parfois contre rémunération, parfois sur base volontaire) :
 - La concertation multidisciplinaire (CMD), qui permet aux professionnels d'organiser une concertation avec les équipes de soins dans les situations de soins complexes. Il existe actuellement un cadre strict dans lequel la CMD peut avoir lieu (par ex. présence obligatoire du médecin traitant, rémunération de 4 professionnels au maximum).
 - La concertation médico-pharmaceutique (CMP) vise à stimuler la collaboration multidisciplinaire entre médecins et pharmaciens. Ceux-ci peuvent conclure des accords par région en vue de s'attaquer ensemble à certains défis ou d'élaborer des programmes en faveur de la qualité. La concertation à ce niveau pourrait également présenter une valeur ajoutée pour d'autres groupes professionnels.
 - L'intervision ou la création d'un réseau apprenant dans lequel des professionnels se réunissent sur un thème donné sont actuellement appliquées principalement au niveau des projets.

Recommandation / conclusion

- Il est possible d'étudier **quelles méthodes de gestion de l'intégration peuvent être mises en œuvre dans la pratique**. La définition des méthodes précises peut éventuellement se faire de manière optimale en concertation avec les parties prenantes sur le terrain.

Possibilité d'outil 6 : Belrai comme outil d'identification des besoins de soins:

Première exploration & analyse

- La valeur ajoutée potentielle de l'outil est reconnue sur le terrain, mais l'utilisation actuelle est qualifiée de sous-optimale par les professionnels (dans les projets du protocole 3) et est fragmentée.
- Des problèmes pratiques, comme l'impossibilité d'utiliser Belrai hors ligne au domicile du patient, font que les processus prennent beaucoup de temps, ce qui peut entraver l'utilisation dans la pratique. On s'efforce déjà d'y remédier sur le terrain en utilisant une application (Pyxicare) qui permet une utilisation hors ligne. Cependant, l'interopérabilité informatique entre Pyxicare et Belrai fait défaut pour mettre en œuvre cette solution de manière harmonieuse dans la pratique, ce qui entraîne encore des processus laborieux.

Recommandation / conclusion :

- Analyser plus en profondeur ce qui empêche les professionnels d'utiliser Belrai, afin d'y remédier et de permettre une utilisation plus large de cet outil.
- Une coordination avec le projet de santé en ligne est nécessaire en ce qui concerne la liaison avec I-EHR, afin que les données puissent être réutilisées au niveau micro et méso.



Observations du contenu concernant les SI sous des perspectives diverses – gros plan sur la boîte à outils

Le contenu possible d'une boîte à outils pour les SI

3) Outils en mettant l'accent sur l'empowerment

Enfin, un certain nombre d'autres outils ont été identifiés comme pouvant être importants pour parvenir à l'empowerment des patients/citoyens. Ces instruments peuvent constituer un support important pour l'information de la personne, mais aussi pour la mesure d'effets qui ne peut être faite que par le patient lui-même : les mesures des résultats rapportés par le patient (PROMS) et les mesures de l'expérience rapportée par le patient (PREMS). En outre, les instruments qui aident les patients à réfléchir à leurs préférences et à leurs objectifs de vie peuvent également apporter un soutien important.

Les instruments suivants ont été identifiés :

- Questionnaires PROM : EQ-5D-5L, SF-36, ALCOS, PROMIS-10
- Questionnaires PREM : PACIC, P3CEQ, enquête Flamande sur les patients hospitalisés
- Instruments dans le contexte de soins ciblés : Doelzoeker, Clever, Positieve gezondheid, Babelboost, Samenspraak.
- Outils pour améliorer la health literacy et l'autonomie: Wegwijs in zorg en gezondheid (spel), Gezondheidskompas
- Campagnes d'information des citoyens : 3 bonnes questions

Recommandation / conclusion:

À examiner en 2023 :

- Comment aller plus loin ; comment faciliter la mise en œuvre (ultérieure) de ces outils en:
 - Lien avec le dossier électronique intégré afin que les données obtenues puissent être utilisées par l'ensemble de l'équipe de soins.
 - Utilisation secondaire des données générées par ces instruments pour le suivi de la qualité au niveau micro, méso et macro.
 - Communication générale concernant l'utilisation de ces outils dans le contexte de l'aide et des soins intégrés, tant aux citoyens qu'aux professionnels (par exemple par le biais de formations).
 - ...
- La façon dont les patients/citoyens eux-mêmes évaluent l'utilisation ultérieure de ces outils et faciliteraient leur mise en œuvre ultérieure.
- Quels sont les besoins des patients/citoyens qui pourraient être satisfaits par d'autres outils

A5

Annexes

Bijlagen

Overzicht

01	Verdere detaillering aanpak	85
02	Bronnenlijst wetenschappelijke literatuur	97
03	Stakeholdermap	99
04	Overzicht deelnemers bilaterale kennismakingsgesprekken	100
05	Overzicht deelnemers interactieve workshop 7/09	101
06	Overzicht deelnemers sleutelfiguurbevragingen (SFB)	102
07	Interviewleidraad en voorbereidende oefening sleutelfiguurbevragingen	104
08A	Kwalitatieve verwerking van de sleutelfiguurbevragingen	105
08B	Kwantitatieve verwerking obv voorbereidende oefening	106
09	Deelnemers stakeholderforum	107
10	“Long List” van instrumenten	108
11	Overzicht 3 projectgroepen	113
12	Scirocco consensusworkshop – template verslag	114
13	Link Scirocco dimensies en steeds terugkerende topics	115
14	IMC verslag 25 maart 2019	116

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 2A: Ontwerp Interfederaal plan (IFP) Geïntegreerde Zorg

Een eerste prioriteit was om enerzijds snel vat te krijgen op wat de verschillende ideeën waren rond dit programma, anderzijds om snel zicht te krijgen op wat mogelijke inhoudelijke elementen zouden kunnen zijn in een ontwerp IFP. Er werd daarom bij aanvang meteen gestart met deze activiteiten:

Juni - juli - augustus - september '22



1) **Bilaterale kennismakingsronde:** als eerste stap vonden kennismakingsgesprekken plaats met de verschillende betrokkenen aan zijde van de opdrachtgever. Op basis daarvan werden eerste bevindingen samengevat – zie bijlage 4 voor een gedetailleerd overzicht

- **Periode:** juni '22 – juli '22
- **Selectie van deelnemers:** individuele vertegenwoordigers van FOD VVVL, RIZIV, Kabinet Vandenbroucke en de deelstaten binnen het IKW Geïntegreerde zorg
- **Interviewer:** het gesprek werd telkens geleid door 2 mensen van WeCare
- **Vorbereiding en uitvoering van het gesprek:** De interviews verliepen op semi-gestructureerde wijze, d.w.z.: enkele vragen werden op voorhand per individu gebundeld en geformuleerd, met voldoende flexibiliteit voor de volgorde en eventuele bijkomende vragen.
- **Verwerking van de gesprekken:** Op basis van de gesprekken werd een synthese gemaakt van waar de focus in de opdracht op kon liggen, ervaringen in het verleden, toekomstperspectief, must reads etc. omvatte.

Resultaat: bevindingen en terugkomende topics/uitdagingen die in het verdere traject in rekening werden genomen.

Bevindingen tot hertoe

- 1 Er is steeds in min of meerdere mate een link tussen de huidige componenten, maar het begrip op zich is niet breed getekend.
- 2 Er is een grote heterogeniteit tussen de 3 projectgroepen & ts
- 3 Er is een groot verschil in de mate waarin en de manier waarop ondersteuning krijgen en er zijn verschillende verwachtingen project zou moeten inhouden.
- 4 De leden van experten groep GGZ/huidelijke begeleiders vermoev participeren aan het coachingstraject, maar er mogelijke ook te kunnen zijn (bv. fidsocubak, verlies aan autoriteit, ontbreken...

De belangrijkste bevindingen tot hertoe

- 1 Er zijn voldoende instrumenten voorhanden in de doelstellingen van de huidige te behalen.
- 2 De projecten hebben elk een afgeleide scope. Dit beperkt de mate waarin de in staat zijn om alle elementen van de huidige te implementeren het traject.
- 3 IMA indicatoren voor geïntegreerde zorg zijn geschikt voor populatiemanagement maar niet geschikt voor evaluatie van concrete acties.
- 4 Operatief niveau instrumenten voor de huidige. Een laatste mate van uitbreidbaarheid aanbouwen. Bovendien zijn de doelstellingen te realiseren, vooral bij de afsluiting van hun contract.

De 7 belangrijkste bevindingen tot hertoe

- 1 Het **WAAROM** is voor de meesten met wie we spraken helder
- 2 Er zijn **bevoegden beschikbaar** die kunnen bijdragen aan
- 3 De weg ernaar toe, de "hoe", ligt van een andere orde, de
- 4 Verschillende (fundamentele) **onduidelijkheden** qua context de worden
- 5 De financiering mechanismen van GGZ kunnen als een
- 6 Er is **inbreidbaarheid**, de **gemeente veranderingen** in governance
- 7 De **betrokkenheid van de deelstaten** lijkt een cruciale ho

Let op: dit zijn bevindingen o.b.v. de gesprekken, uitgewerkt in de

Bevinding	Impact	Oplossing	Verantwoordelijke	Uitvoering	Monitoring	Evaluatie	Communicatie	Beleidskader	Financiering	Organisatie	Wettelijk kader
1
2
3
4
5
6
7



2) **Documentanalyse:** doorheen de hele fase werd relevante documentatie meegenomen – zie bronnenlijst in bijlage 2

- **Periode:** juli – december '22
- **Relevante (niet-exhaustieve) documentatie:**
 - Bestaande raamwerken (vb. 18 componenten, 5AIM, rainbow model,...);
 - Ontvangen documentatie tijdens kennismakingsgesprekken en andere bevragingen;
 - Vorige plan geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid, meerjarenbegroting, Gidsen GGZ netwerken, nota's, beleidsteksten, KCE rapporten,...
 - Status lopende projecten geïntegreerde zorg, etc.

Resultaat: reeds verworven inzichten en achtergrondinformatie kon worden meegenomen

Meerjarenbegrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging

1) GEÏNTEGREERDE ZORG IN BELGIË

Gezondheidsplan voor de toekomst: Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid

HEVENING VAN ZEKERHEIDSGARANTIE EN

Minister Frank Vanden

28 januari 2022

OSTBELGIË

BLIJS IN TOEGANG

OPWELDEN LEZEN 2022

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

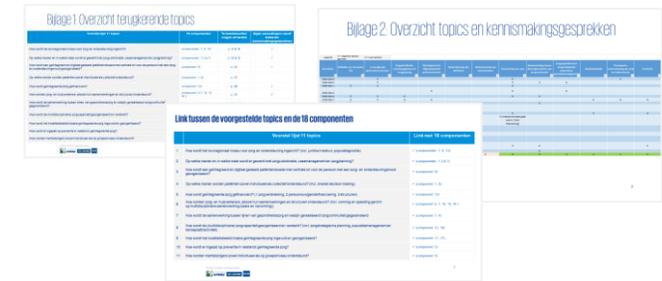
Verdere detaillering aanpak van werkstroom 2A: Ontwerp Interfederaal plan (IFP) Geïntegreerde Zorg

Juni-juli - augustus - september '22



3) Interactieve workshop: Om voor het vervolg met verschillende partijen op gedeelde, collectieve lijn te geraken wat betreft focus en om het programma van het najaar verder vorm te geven, werd een interactieve workshop georganiseerd, met als doelpubliek de zogenaamde “uitgebreide programmagroep” en een vertegenwoordiging van de deelstaten (zie bijlage 5 voor overzicht). Hierin werden topics gesuggereerd, aangevuld en werd ook nagedacht met welke stakeholders dit besproken moest.

- **Periode:** 7 september 2022
- **Deelnemers:** uitgebreide programmagroep incl. vertegenwoordigers van: FOD VVVL, RIZIV, het Kabinet Vandenbroucke en de deelstaten
- **Vorbereiding:** Op basis van de vorige twee stappen, analyse over steeds terugkerende inhoudelijke uitdagingen/topics waaraan gedacht wordt als het gaat om het uitklaren hoe geïntegreerde zorg in de toekomst in België eruit kan zien.
- **Aanpak:** Een interactieve werksessie die als volgt verliep:
 1. **Verhelderen:** komen tot een collectief begrip over relevante topics voor een toekomstig ontwerp IFP.
 2. **Focussen:** inschatten van de mate van belangrijkheid en complexiteit
 3. **Bepalen met wie:** nadenken over welke stakeholders betrokken zouden moeten worden bij verdere exploratie.



Resultaat: op basis van de input van deze workshop werd verder gesleuteld aan welke topics verder onderzocht moesten worden. Uiteindelijk werden 13 topics weerhouden, i.e. topics die steeds terugkwamen in de verschillende analyses. Ook werd beslist om verdere exploratie te doen met een selectie van sleutelfiguren – zie verder. Na validatie door de Federale stuurgroep werd dit idee uitgewerkt.



Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 2A: Ontwerp Interfederaal plan (IFP) Geïntegreerde Zorg

November – december 2022



4) Sleutelfiguurbevraging (SFB): Een volgende stap was om het spreekveld wat breder open te trekken. Doel was enerzijds draagvlakcreatie en anderzijds inhoudelijk dieper ingaan op hoe verschillende soorten stakeholders kijken naar die 13 geïdentificeerde topics, d.w.z. hun inhoudelijke ideeën daarrond, persoonlijke ervaringen, gevoeligheden, hoe zij kijken naar de mogelijke impact van de verschillende topics in de evolutie naar GIZ.

- **Periode:** 3 oktober 2022 t.e.m. 18 november 2022
- **Selectie van sleutelfiguren:** de samenstelling was een mix van vertegenwoordiging vanuit (- zie bijlage 6 voor volledige lijst):
 - Begeleidingscomité, aangevuld met actoren die deel uitmaken van het verzekeringscomité;
 - Beleidsadministraties;
 - Partners uit welzijn, patiënten/mantelzorgers-perspectief;
 - Wetenschappelijke partners...
- **Interviewer:** het gesprek werd telkens geleid door 2 medewerkers van WeCare; waar mogelijk was er ook een observator aanwezig van het IAC van de opdrachtgever.
- **Vorbereiding en uitvoering van het gesprek:**
 - Inhoudelijk werd afgesproken het gesprek op te hangen aan de 13 geïdentificeerde topics. Een korte beschrijving van die topics werd vooraf aan de deelnemers bezorgd.
 - De interviews verliepen op semi-gestructureerde wijze, d.w.z.:
 - Een door de opdrachtgever gevalideerde interviewleidraad, werd op voorhand bezorgd aan de deelnemers van het gesprek. Deze werd eveneens vooraf bezorgd. – zie rechts/bijlage 8.
 - Een voorbereidende oefening op voorhand bezorgd zodat deelnemers op voorhand reeds konden nadenken over de verschillende topics – zie rechts/bijlage 8.
- **Verwerking van de gesprekken:**
 - Een geannoteerde weerslag van elk gesprek werd gemaakt waarbij de output gestructureerd werd verwerkt a.d.h.v. de 13 topics – zie output template rechts/in bijlage 8.
 - Vervolgens werd deze info gebruikt als basis voor dit tussentijds rapport: hoofdstuk 3.



Resultaat: de gesprekken leidden tot inzichten in waar “common ground” zit, waar juist tegenstellingen zitten, wat haalbare pistes zouden kunnen zijn om een haalbaar ontwerp IFP te kunnen maken.

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 2A: Ontwerp Interfederaal plan (IFP) Geïntegreerde Zorg

November – december 2022



5) Verrijking door WeCare experts (academisch, beleid & terrein): de verzamelde input werd geconsolideerd i.k.v. de opbouw van een eerste tussentijds rapport. In deze consolidatiefase werden tevens inhoudelijke experten geconsulteerd binnen het WeCare team. Dit leidde tot:

- bijkomende wetenschappelijke verificatie van welke evidence-base er bestaat voor bepaalde maatregelen in evolutie naar geïntegreerde zorg en leading practices;
- ideeën omtrent verdere aanpak binnen dit project.



6) Stakeholderforum: tot slot werd in de eerste fase een breed scala aan stakeholders samengebracht om enerzijds te informeren over de tot hiertoe verkregen inzichten, en anderzijds nog meer verrijking in de reeds verkregen inhoud te kunnen aanbrengen, i.e. “het stakeholderforum”

- **Periode:** 14 december 2022 (voormiddag)
- **Selectie van deelnemers:** In totaal engageerden 40 deelnemers (onder voorbehoud, exacte aantal bij schrijven van rapport nog niet duidelijk) zich om deel te nemen aan het forum. De groep omvat deelnemers vanuit zowel terrein als beleid (zie bijlage 9 voor volledig overzicht). Meer bepaald werden volgende groepen uitgenodigd:
 - Deelnemers van de interactieve workshop (uitgebreide programmagroep) op 7 september;
 - De bevroagde sleutelfiguren (zie vorige pagina)
 - Vertegenwoordiging van de projectgroepen
 - Vertegenwoordiging verzekeringscomité
 - Leden van het IKW geïntegreerde zorg
- **Voorbereiding:**
 - Er werd afgesproken om in te zoomen op de meest prioritaire topics (ongeveer 4-5) dewelke binnen de 13 terugkerende topics werden geïdentificeerd op basis van de sleutelfiguurbevragingen. Er werd geen voorbereiding gevraagd van de deelnemers.
- **Aanpak:** we opteerden bewust voor maximaal interactieve werkvormen in gemixte werkgroepen. De volgende agenda werd daarbij doorlopen:
 - Toelichting over hoe rapport werd opgebouwd, op basis van welke input, welke de belangrijkste inzichten zijn, ...
 - Zoom in op 5 prioritaire topics: in de diepte te bespreken van topics (locoregionaal niveau / integratiemanagement, digitale tools, financiering, invulling zorgproces/zorgcoördinatie/case management/.... Daarbij werd de reeds vergaarde info aan de deelnemers voorgelegd, gevraagd om een kort invulblad aan te vullen en daarna werd een rondetafelgesprek opgezet dewelke focuste op de vraag: waarop moeten we inzetten richting het ontwerp IFP, voor deze topics.
 - Algemene toelichting van de 8 overige topics.
 - Afsluiting: met behulp van een QR code werd nog laatste feedback gevraagd.
- **Resultaat:** de input van het stakeholderforum (nl. datgene dat werd vermeld in de rondetafelgesprekken, input op QR code, ...) werd meegenomen waar mogelijk in het rapport bij de bespreking van de topics alsook bij de overkoepelende inzichten.

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 2B: Creatie van het gevraagde instrumentarium

Voor wat betreft het instrumentarium, werd in eerste instantie gezocht naar wat de adequate scope, finaliteit en meerwaarde precies kon zijn. Er bestaan immers erg veel instrumenten, tools, modellen, richtlijnen, de ene al concreter dan de andere. Dat betekende een iteratief zoekproces met volgende etappes:

Juni-juli-augustus 2022



- **Initiële en ruwe identificatie mogelijke instrumenten.** Dit representeerde de **versie 0 van de toolbox**. (Merk op dat “toolbox” en “instrumentarium” hier beide gebruikt worden, en naar hetzelfde verwijzen).
 - Een eerste selectie voor de toolbox versie 0 werd bekomen o.b.v. input van de academische partners, gesprekken met leden van het IAC en IMA, ter beschikking gestelde documentatie en nationale en internationale literatuur en omvat:
 - Instrumenten voor de zelfscreening van de maturiteit van geïntegreerde zorg;
 - Selectie van vragenlijsten in functie van de 5AIM;
 - Oplijsting beschikbare relevante databronnen.

Merk op dat de definitie van een “instrument” hierbij breed geïnterpreteerd werd, zodat alle zaken die op een manier ondersteuning bieden aan de implementatie van (aspecten van) geïntegreerde zorg en de quintuple aim, geïncludeerd werden.



September-oktober 2022



- Creatie van een zogenaamde **“long list” van instrumenten** (zie bijlage 10)
 - Op basis van verschillende infobronnen werd een lange lijst opgemaakt van 87 instrumenten die in aanmerking zouden kunnen komen voor de toolbox GIZ. Deze bronnen waren:
 - Gesprekken met experts;
 - Input uit de SFB: in deze gesprekken werden immers regelmatig bepaalde concrete instrumenten genoemd, behoeften op vlak van tools/instrumenten geuit en risico's gesignaleerd;
 - Input uit de workshops (zie werkstroom 3): ook in deze workshops werden regelmatig bepaalde concrete instrumenten genoemd, behoeften op vlak van tools/instrumenten geuit en risico's gesignaleerd.
 - Deze long list werd gestructureerd volgens de 13 geïdentificeerde topics (cfr. hoger voorgesteld).
 - Instrumenten waren zeer uiteenlopend, i.c. methodieken, vragenlijsten, modellen, databanken, platformen, richtlijnen,... en waren zowel voor online als offline gebruik.
 - De gevormde long list is geen exhaustief overzicht van alle instrumenten in kader van geïntegreerde zorg. Enkel tools die werden aangereikt door stakeholders en een beperkt aantal experts werden opgenomen, waardoor het mogelijk is dat overige relevante instrumenten niet werden geïdentificeerd.

Toolbox versie 1 (long list)

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Toepassingsniveau	Gebruiker	
4	Invulling van zorgproces/zorstraject/zorspaad/zorpanning inclusief zorgcoördinatie en casemanagement	Clever	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional	
		Doelzoeker	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau	Professional	
		Positieve gezondheid	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau	Professional	
		Babbelboodt	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional	
		Samenspraak	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional	
		Zorg:Esperanto	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional	
		DZOP	Platform	Microniveau	Professional		
		Multidisciplinair Overleg	Methodiek	Microniveau	Professional		
		MFO, medisch-farmacologisch overleg	Methodiek	Mesoniveau	Professional		
		Sillo	Communicatie app	Micro- en mesoniveau	Professional		
		Microsoft teams	Communicatie en bestandsverdracht	Micro- en mesoniveau	Professional		
		5	Cultuur van geïntegreerde zorg	Intervisie/lerend netwerk	Methodiek	Mesoniveau	Professionals
				CPM: collaborative practice models	Model	Mesoniveau	Professionals, organisaties
6	Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM			Virtual payment		Macroniveau	Professional
		Cappuccino model		Macroniveau	Professional		
		Nood aan instrumenten om financiering van GIZ op mesoniveau te implementeren		Mesoniveau	Professional		

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 2B: Creatie van het gevraagde instrumentarium

November 2022

- A1
- A2
- A3
- A4
- A5



- **Aanbrengen van focus in het instrumentarium:** op een bepaald moment werd duidelijk dat een lange lijst niet noodzakelijk overeenstemt met wat er nodig is op het terrein, maar dat het gebruik van een beperkt aantal instrumenten een grote bijdrage zou kunnen leveren aan geïntegreerde zorg. Daarom werd in kader van dit project een selectie gemaakt vanuit 3 criteria, afgesproken met de opdrachtgever: (criterium 2 en 3 werden beoordeeld op basis van input via de sleutelfiguurbevraging en workshops op het terrein)
 1. Legt het instrument voldoende focus op ondersteuning/facilitering van geïntegreerde zorg op mesoniveau;
 2. Heeft het terrein er nood aan: welke instrumenten worden als “noodzakelijk voor geïntegreerde zorg” bestempeld door de sleutelfiguren en het terrein maar zijn momenteel ontoereikend of onbestaand;
 3. Is het een hefboom in de (nog op te maken) veranderstrategie voor geïntegreerde zorg (i.e. wat moet er prioritair veranderen om geïntegreerde zorg mogelijk te maken, waar blokkeert de implementatie van geïntegreerde zorg momenteel op?)
- **Mogelijke aanbevelingen & verdere analyses:** Zowel binnen de short list van 6 instrumenten als binnen de overgebleven long list werden nog een aantal analyses uitgevoerd als startpunt voor het verder uitdiepen en concretiseren van deze instrumenten in fase 2 van het project.
 - Analyse dashboard: Welke databanken en dashboards zijn reeds beschikbaar die dienst kunnen doen als typemodel voor de toekomst? Welke uitdagingen moeten nog opgelost worden om datagedreven en populatiegericht te kunnen werken op het mesoniveau (vb gevalideerde indicatoren, verzamelen van geaggregeerde data, competentieontwikkeling,...)?
 - Vergelijkende analyse HSO en Scirocco die momenteel beide worden toegepast op mesoniveau in België.
 - Analyse van overige instrumenten op de long list die belangrijk zijn voor geïntegreerde zorg en/of de quintuple aim, maar geen ware hefboomen zijn voor de realisatie van andere aspecten van geïntegreerde zorg (naast hun eigen doelstelling).

Resultaat:

- Deze selectie resulteerde in een **short list van 6 instrumenten** die de focuspunten kunnen vormen voor 2023, dewelke door de stuurgroep werden gevalideerd, dit is de zogenaamde **versie 1 van de toolbox**.
- Daarnaast werd er ingezoomd op specifieke conclusies rond:
 - Ervaringen/feedback van het terrein rond bepaalde instrumenten, i.c. Belrai, MDO, interviews,...
 - Meerwaarde en gebruiksvriendelijkheid van Scirocco-methodologie, en wat dit betekent voor eventueel toekomstig gebruik
 - Voor de instrumenten in de long list die niet de selectie naar de short list haalden, werd geanalyseerd wat hun plaats en meerwaarde kan zijn binnen de toolbox voor geïntegreerde zorg, aan welke andere instrumenten zij eventueel gelinkt kunnen worden en op welke termijn deze geïmplementeerd kunnen worden (Belrai, PROM & PREM vragenlijsten, Be.well.pro vragenlijst,...).

Toolbox versie 1 (long list)

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Toepassingsniveau	Gebruiker
4	Invalide van zorgproces/zortract/voorafzorg/zorgaanpak, inclusief zorgorganisatie en casemanagement	Clever	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		Doelzoeker	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau	Professional
		Positieve gezondheid	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau	Professional
		Balbeelboom	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		Samenpraak	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		Zorg-Esperanto	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		DZOP	Platform		Microniveau	Professional
		Multi-disciplinair Overleg	Methodiek		Microniveau	Professional
		MFO: medisch-farmaceutisch overleg	Methodiek		Mesoniveau	Professional
		Sillo	Communicatie app		Micro- en mesoniveau	Professional
		Microsoft teams	Communicatie en bestandsoverdracht		Micro- en mesoniveau	Professional
5	Cultuur van geïntegreerde zorg					
		Intervisie/lerend netwerk	Methodiek		Mesoniveau	Professionals
		CPM: collaborative practice models	Model		Mesoniveau	Professionals, organisaties
6	Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan SAIM					
		Virtual payment			Macroniveau	Professional
		Cappuccino model			Macroniveau	Professional
		Nood aan instrumenten om financiering van GIZ op mesoniveau te implementeren			Mesoniveau	Professional



Toolbox versie 1 (short list)

Nr.	Geïdentificeerd instrument	Criterium 1: hoe helpt dit op mesoniveau?	Criterium 2: welke nood op het terrein kan dit vervullen?	Criterium 3: hoe is dit een hefboom in de veranderstrategie?
1	Dashboard dat indicatoren biedt voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie op meso- en macroniveau.	Data ter beschikking stellen voor secundair gebruik	Noden van populatie in kaart brengen zodat acties (aanbod) hierop afgesproken worden en het resultaat van deze acties gevalideerd kan worden	Ontbreken van toegankelijke data en de nodige kennis voor interpretatie blokkeert momenteel populatiegerichte aanpak
2	Platform dat communicatie tussen zorg- en verzorgingsprofessionals realiseert	Communicatie is een randvoorwaarde voor multidisciplinaire zorg, zowel op mesoniveau als op microniveau tussen verschillende zorg- en verzorgingsprofessionals en organisaties	<ul style="list-style-type: none"> • Platform voor (online) communicatie met zorgaan (inclusief patiënt) (microniveau) • Platform naar informatieve protocollen • afspraken gedeeld kunnen worden, vragen gedeeld kunnen worden aan collega's op locoregionaal niveau (mesoniveau) 	Ontbreken van platform blokkeert momenteel communicatie, terwijl deze communicatie als cruciaal voor geïntegreerde zorg wordt gezien (verschillende trajecten voor opmaak van digitaal platform op elke lopende)
3	Elektronisch patiëntendossier dat gegevensdeling realiseert tussen de patiënt en professionals in zorg en verpleeg	Een gedeeld patiëntendossier is een randvoorwaarde voor geïntegreerde multidisciplinaire zorg	Platform waarin nodige variabelen zorgdoelstellingen PROM en PREM vragenlijsten, gelinkt aan elektronisch patiëntendossier gedeeld kunnen worden met zorgaan	Ontbreken van platform blokkeert momenteel gegevensdeling, terwijl gegevensdeling als cruciaal voor geïntegreerde zorg wordt gezien (traject voor opmaak van digitaal platform is actief lopende)
4	Model voor zelfreflectie op locoregionaal niveau (vb HSO, Scirocco, ...)	Opbouwen van gemeenschappelijke taal om focus op bepaalde domeinen te kunnen bespreken	Instrument dat zelfreflectie en het samenbrengen van partners faciliteert	Faciliteert het proces om gezamenlijke acties op te zetten versop mesoniveau
5	Methodiek voor integratiemanagement (vb interview, overleg op organisatie- of locoregionaal niveau, ...)	Transitie naar GIZ vormgegeven vanuit mesoniveau	Geфинancierde overlegvormen en instrumenten voor online/hybride gebruik	Veranderstrategie vereist het samenbrengen van stakeholders en een proces van continue kennisdeling
6	Belrai als instrument om zorgnoden in kaart te brengen**	Data uit Belrai kunnen hergebruikt worden voor populatiemanagement op mesoniveau.	Instrument om zorgnoden in kaart te brengen en deze info te delen met andere professionals	Het delen van deze info tussen professionals faciliteert de opmaak van een zorgaanbod en zorgt ervoor dat een persoon niet telkens opnieuw deze vragen moet beantwoorden

* Nog te bepalen of de geïdentificeerde instrumenten die momenteel in gebruik zijn, ideaal zijn voor verdere implementatie

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 3: Ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

De opdrachtgever wenste in dit programma om reeds vanaf het begin samen te werken met wat reeds loopt op het terrein. Er zijn immers sinds verschillende jaren heel wat projecten actief aan de slag rond bepaalde aspecten van geïntegreerde zorg. De opdrachtgever selecteerde 3 projectengroepen waarmee gewerkt kon worden. In totaal kwam dit neer op 63 individuele projecten – zie volledig overzicht in bijlage 11).

Projectgroep	Aantal projecten	Looptijd
Projecten geïntegreerde zorg	12	Sinds 2018 t.e.m. eind 2022
Protocol 3 projecten	19	Sinds 2010 t.e.m. eind 2022
Eerstelijns psychologische zorg	32	Sinds 2020 t.e.m. eind 2023

Er werd beslist om in deze eerste fase **vooral te focussen op het capteren van zoveel mogelijk ervaringen en geleerde lessen die deze projecten tot hertoe opdeden**. Pas dan kan immers een meer gerichte begeleiding of ondersteuning worden opgezet. Bovendien was het belangrijk om die captatie af te stemmen op de inhoudelijke accenten die in parallel ook in de andere activiteiten in het programma naar boven kwamen.

Om dit op gestructureerde wijze te laten gebeuren, werd beslist om de **Scirocco-methodologie te gebruiken**, een instrument bedoeld om in een regio zicht te krijgen op de “readiness” voor geïntegreerde zorg én vooral: een instrument dat een multi-stakeholder dialoog rond de progressie naar geïntegreerde zorg kan faciliteren.

Dit gaf als voordeel:

- Een éénduidig kader voor gestructureerde dialoog die maakt dat praktijkervaring naast input kan worden gelegd uit de sleutelfiguurbevraging en naast theoretische en academische inzichten. Dit vormt een verrijking van de input om te komen tot mogelijke bouwstenen van heen ontwerp IFP.
- De gelegenheid om Scirocco als concreet instrument uit te testen, en te evalueren of dit instrument op termijn deel moet blijven uitmaken van de toolbox GIZ.
- De opportuniteit voor de individuele projecten om hun ervaringen te delen als input voor het tussentijds rapport (en het ontwerp interfederaal plan)
- De individuele projecten konden bovendien hierdoor op basis van de 12 dimensies een eigen inschatting maken over de maturiteit van hun project op vlak van geïntegreerde zorg

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 3: Ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

- A1
- A2
- A3
- A4
- A5

Waarom het gebruik van Scirocco?

Bij aanvang van het programma werd door de opdrachtgever teruggegrepen naar de 12 dimensies van de Scirocco als bril om naar geïntegreerde zorg te kijken. Omdat hier een hele methodologie rond bestaat die ook internationaal gevalideerd is, werd beslist om 2 vliegen in 1 klap te slaan: 1) de 12 dimensies concreet verkennen via de projecten in scope en 2) door het gebruik van de Scirocco-methodologie het potentieel van de bijhorende tooling te verkennen voor de toekomst. .

Scirocco (**Scaling Integrated Care in Context**) wordt in meer dan 60 organisaties in Europa gebruikt als online hulpinstrument om de bereidheid en maturiteit tot geïntegreerde zorg binnen een organisatie of regio te meten aan de hand van 12 dimensies. Zowel de sterktes, stimulansen en goede praktijken als de zwaktes en belemmeringen m.b.t. geïntegreerde zorg worden geïdentificeerd. De methodologie faciliteert een open discussie en een volledige beoordeling vanuit verschillende invalshoeken. **Let wel, het is géén evaluatie-instrument.**

Het opzet van Scirocco wordt als volgt omschreven¹:

“The SCIROCCO self-assessment tool is an online self-assessment tool with an objective to assess a region’s readiness for integrated care. It builds on the conceptual Maturity Model for Integrated Care developed by the B3 Action Group on Integrated Care of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.

The SCIROCCO tool helps regions to:

- Understand the strengths and weaknesses of their regional context for integrated care and inform national, regional and local policy-makers about potential areas of improvement;
- Adopt and transfer integrated care good practices by identifying their maturity requirements and requirements for the potential transferability and scaling-up;
- Facilitate multi-stakeholder dialogues on progress towards the implementation and delivery of integrated care;
- Facilitate twinning and coaching activities that help regions and organisations to better understand the local conditions that enable the successful deployment of integrated care.”



Hoe werkt Scirocco precies?

De methodologie behelst een zelf-assessment bestaande uit volgende etappes:

- Stap 1: individueel invullen van een **online enquête**. Dit levert een **spindigram** op dat de eigen beoordeling weergeeft op de Scirocco-dimensies. Die beoordeling reflecteert de zelf ingeschatte maturiteit van geïntegreerde zorg in de regio
- Stap 2: collectieve **consensus workshop**, d.w.z. samenbrengen van meerdere stakeholders die elk reeds een online enquête invulden, en faciliteren van een dialoog rond de dimensies. Dit leidt tot: a) kennisuitwisseling zodat men ook zelf een beter begrip krijgt van de lokale condities die nodig zijn om naar geïntegreerde zorg te evolveren; b) een kwalitatief en diepgaander inzicht in de eigen beoordeling



De consensusworkshop wordt gezien als cruciale stap, om te vermijden dat er enkel wordt gefocust op het kwantitatieve aspect dat het risico draagt op gebruikt te worden als een evaluatie. Dit is echter geenszins het opzet van Scirocco en dergelijke gebruik wordt dan ook niet aangemoedigd.

Toepassing van Scirocco in België tot hertoe

- In België wordt Scirocco vooral toegepast in **Vlaanderen**. In 2021 werd een Nederlandstalige versie ontwikkeld door de onderzoeksgroep doelgerichte zorg van UGent^{2,3}, aangepast aan de context van de zorgraden in Vlaanderen. Daaropvolgend heeft UGent in samenwerking met VIVEL een piloottraject opgestart waaraan vier zorgraden (ELZ Aalst, ELZ Brugge, ELZ Oost-Meetjesland en ELZ West-Meetjesland) deelnamen en werden ondersteund in het bepalen van zowel de sterktes als zwaktes m.b.t. geïntegreerde zorg als input voor de opmaak van een beleidsplan. In januari 2022 vonden de eerste vier Scirocco consensusworkshops plaats, waarna een positieve evaluatie volgde en ook andere zorgraden de mogelijkheid kregen Scirocco toe te passen als startpunt voor het opstellen van een beleids- en actieplan.
- Daarnaast heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) deze gebruikt om de mate van de **maturiteit van geïntegreerde zorg in België** te meten aan de hand van de percepties van professionals⁴.

Binnen België wordt Scirocco in de enkele toepassingen die werden geïdentificeerd breed ingezet en getest, gaande van een instrument voor zelfbeoordeling tot hulpmiddel voor het beleid. Het gebruik van Scirocco is echter grotendeels ad hoc en voorlopig nog niet geheel ingebed in de werking van het terrein (vb. jaarlijkse metingen/evaluaties).

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 3: Ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

Toepassing binnen dit programma

Augustus - September - oktober '22



1. Voorbereiding: De Scirocco-methodologie werd uitgevoerd volgens het gevalideerde Europese format waarbij een individuele voorbereiding per deelnemers wordt gevolgd door een fysieke workshop. Volgende zaken werden uitgevoerd om de praktische organisatie op punt te stellen:

- Hertalen van de verschillende dimensies van het maturiteitsmodel: de omschrijving en scores werden geherformuleerd naar de context van de 3 projectgroepen. Deze hertaling had als doel de begrijpbaarheid van het model te verhogen, terwijl getracht werd zo dicht mogelijk bij de originele betekenis te blijven. Deze aangepaste versie werd gevalideerd vanuit academisch perspectief.
- De hertaalde versie (NL) vertalen naar het Frans zodat 2 identieke versies in beide talen beschikbaar waren voor de projectgroepen.
- Opstellen van een gebruikershandleiding en handleiding en templates voor de transitiebegeleiders in Nederlands en Frans.
- Bepalen en samenstellen van het deelnemerspubliek aan de workshops, i.e. bepalen van de ideale samenstelling van een workshop en hoe dit zich verhoudt tot een regio. Dit werd beslist enerzijds o.b.v. input van de projecten zelf, anderzijds in samenspraak met de interne begeleidingsequipes van de opdrachtgever.
 - Voor de workshops met de P3-projecten en ELP/GGZ-projecten werden meerdere projecten samengebracht zodat een grotere diversiteit aan deelnemers ontstond wat rijkere discussies opleverde. Voor de GIZ-projecten werd een afzonderlijke workshop per project georganiseerd, aangezien er bij dit type project een groter aantal en meer diverse stakeholder zijn betrokken.
 - Er werd getracht workshops zoveel als mogelijk te organiseren in de provincie waar het project plaatsvindt. Dit omdat workshops fysiek moesten doorgaan en het dus praktisch haalbaar moest zijn om mensen effectief samen te brengen. Enkel wanneer er onvoldoende projecten aanwezig waren in één provincie om voldoende participanten op de workshop te garanderen, werden projecten over meerdere provincies samengebracht.
 - Om een goede mix van professionals te bereiken per workshop, werd de professionele achtergrond van de deelnemers bevestigd alvorens een workshop werd vastgelegd. Het minimum aantal deelnemers per workshop werd vastgelegd op 5 (cfr. volgende slide voor een overzicht van de aanwezige beroepsgroepen)
- Begeleidingscapaciteit voorzien: 10 transitiebegeleiders vanuit WeCare werden verdeeld over 27 workshops. Deze transitiebegeleiders fungeerden als aanspreekpunt voor de deelnemers aan het traject en faciliteerden de workshops.
- Planning opmaken: het traject moest in een beperkte tijdsspanne gerealiseerd worden om de noodzakelijke input tijdig te kunnen capteren en verwerken.

2. Uitvoering: het hele traject vond plaats in de periode: 29 augustus t.e.m. 28 oktober 2022



- Stap 1: individueel invullen van een **online enquête**. De deelnemers bereidden zich voor op de workshop d.m.v. het invullen van de online vragenlijst. In totaal werden 168 vragenlijsten verzameld.
 - De deelnemers hadden de mogelijkheid om voor elk van de 12 Scirocco dimensies een score toe te kennen op basis van een vooraf bepaalde schaal en om voor die score een argumentatie toe te voegen in het invulveld.
 - Dit leidde tot een individueel spindigram. Het systeem laat toe om de individuele scores samen te voegen tot een gemeenschappelijk diagram (afhankelijk van de grootte van de groep is dit een spindigram of een diagram met bollen in verschillende grootte). Gezien de grootte van onze groepen waren dit in hoofdzaak diagrammen met bollen, waarop kon worden afgelezen hoeveel deelnemers een bepaalde score aan een bepaalde dimensie gegeven hebben.

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 3: Ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

Toepassing binnen dit programma

Augustus - September - oktober '22

2. Uitvoering:

- Stap 1: individueel invullen van een **online enquête** (vervolg)

- Mensen die de vragenlijst niet hebben ingevuld werden aangespoord via reminder mails om dit alsnog te doen. De opgegeven redenen voor het niet invullen waren veelal tijdsgebrek. Daarnaast zijn een aantal vragenlijsten (geschat op minimum 50) verloren gegaan omwille van de matige gebruiksvriendelijkheid van de online tool, waardoor antwoorden niet werden opgeslagen. Er werd de flexibiliteit geboden om deel te nemen aan de workshop zonder de vragenlijst in te dienen en omgekeerd.
- De gecombineerde spindiagrammen, samengesteld op basis van de vragenlijsten voor elk van de drie projectgroepen, geven een **grote spreiding van scores voor de verschillende dimensies** weer. De inschatting van de maturiteit van elk van deze dimensies wordt door verschillende stakeholders dus verschillend ingeschat. Enkel voor dimensie 1 "Bereidheid tot verandering", werd door niemand de score 0 gegeven, wat aangeeft dat **alle stakeholders in de projectgroepen de noodzaak tot verandering om meer geïntegreerde zorg te bieden, erkennen**.
- Daarnaast zien we dat de **gemiddelde score gegeven door de pilootprojecten geïntegreerde zorg** voor 10 van de 12 dimensies **hoger ligt dan bij de andere twee projectgroepen**. De oorzaak hiervoor zou kunnen liggen in het feit dat de pilootprojecten geïntegreerde zorg specifiek als doel hebben om geïntegreerde zorg voor (een brede groep) chronische patiënten uit te testen binnen een geografisch afgelijnde regio, terwijl de andere twee projectgroepen zich toespitsen op verbeterde zorg in een specifieke context als ouderenzorg en mentale gezondheid.

- Stap 2: **collectieve consensusworkshop** van 4 uur. In totaal namen 286 mensen deel aan een workshop. De variabiliteit van het deelnemers wordt weergegeven in de tabel rechts weergegeven.

- Tijdens een workshop werd dieper ingezoomd op bepaalde dimensies. Het aantal besproken dimensies varieerde tussen 3 en 7 dimensies. Het bepalen van de dimensies gebeurde voornamelijk door de transitiebegeleiders. Zij kozen op basis van stap 1 voor dimensies :
 - waar de scores van de deelnemers ver uit elkaar lagen;
 - waar net veel gelijkgezindheid aanwezig was;
 - waar in de argumentatie interessante elementen naar voren kwamen;
 - zodat een gezonde spreiding van de dimensies over de workshops heen aanwezig was, zodat elke dimensie op zijn minst een aantal keer besproken werd voor elk van de verschillende projectgroepen.
- Tijdens de workshop visualiseerden deelnemers hun score per dimensie door een plaats in te nemen in de ruimte of kaartjes in de lucht te steken en toelichting te geven aan elkaar m.b.t. de gegeven score.



286 = aantal aanwezigen van de verschillende soorten stakeholders tijdens de workshops - verdeeld over de volgende rollen

39	Projectverantwoordelijke/project coördinator	11	Ergotherapeut / ergothérapeute
25	Lokale coördinatoren / Coordinateurs locaux GGZ	10	Ziekenhuisafgevaardigde / Hôpital délégué
25	Klinisch psycholoog / psychologue clinique/psychiater	10	Partners uit woonzorg of thuiszorg / partenaires des soins résidentiels ou soins à domicile
24	Andere/ Autre (vb. 1G1P, CLB,...)	9	Welzijnspartners/ partenaires d'aide
17	Huisartsen/ médecins de famille	8	Zorgkundige / professionnel de la santé
16	Projectmedewerkers / Personnel du projet	7	Apotheker / pharmacien
15	Casemanagers	6	Mantelzorgvertegenwoordiger / représentant d'aidants proches
14	Netwerkcoördinatoren / Coordinateurs du réseau GGZ	5	Verantwoordelijke locoregionaal netwerk / Représentant du réseau locorégional
14	Patiëntvertegenwoordiger / Représentant de patients	3	Mutualiteiten / mutualités
13	Verpleegkundige / infirmière	2	Vertegenwoordiger Logo / Coordinateur/représentant Logo
11	Sociaal werker / travailleur social	2	Actiecoördinatoren / Coordinateurs d'action

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 3: Ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

Toepassing binnen dit programma

November '22

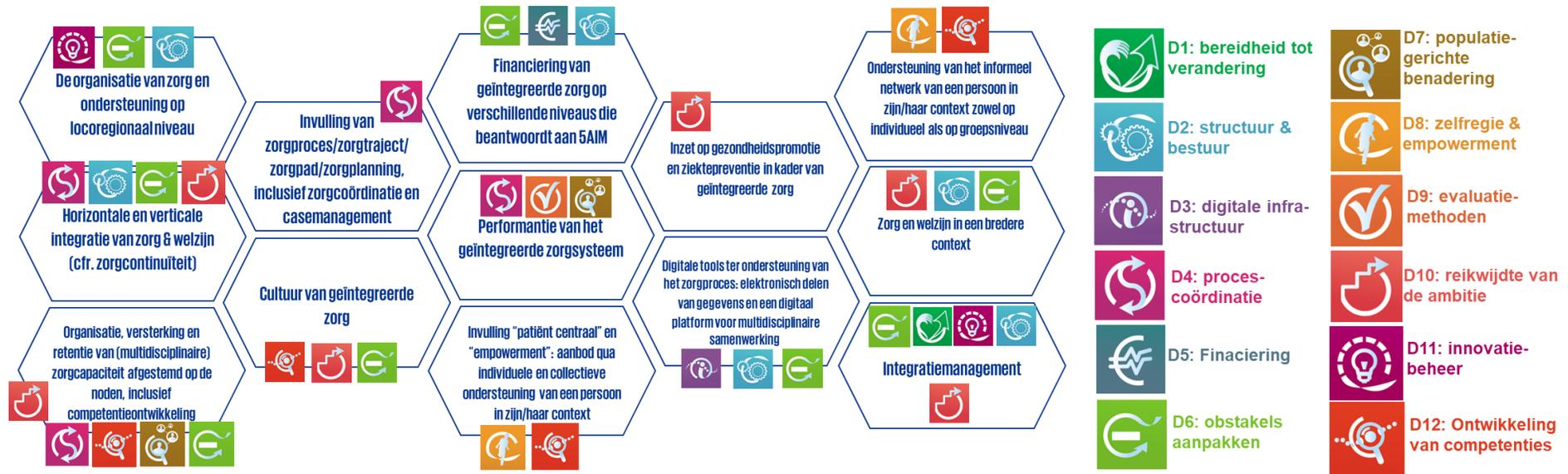


3. Verwerking en nazorg

- De bespreking en eventuele consensus voor de behandelde dimensies werd door de transitiebegeleider genoteerd in een verslag (zie template in bijlage 12). Deelnemers ontvingen dit verslag, voor eigen reflectie m.b.t. toepassing in de eigen regio.
- Het projectteam kon vervolgens de output gebruiken i.k.v. input voor de opbouw van een ontwerp IFP, d.w.z.
 - De link kon worden gelegd tussen de Scirocco-dimensies van Scirocco en de 13 topics die werden geïdentificeerd als relevant voor het ontwerp IFP (zie figuur hieronder en bijlage 13)
 - Uitvoeren van een analyse van de goede praktijken, blokkerende en faciliterende factoren per topic (zie template in bijlage)



12 Scirocco dimensies geplot op 13 topics



Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 3: Ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

Resultaat

Hogere aanpak leidde tot:

- Kwantitatieve info
 - Per project:
 - Een overzicht van de door deelnemers gegeven scores in Excel per dimensie
 - Een diagram met de geconsolideerde resultaten op elk van de 12 dimensies
 - Een collectief spindiagram
 - Per projecttype (ELP, GIZ en P3)
 - Overheen de 3 types projecten
 - Een schematische connectie tussen de 12 Scirocco dimensies en de 13 topics die werden geïdentificeerd als potentieel relevant voor een ontwerp IFP;
- Kwalitatieve info: wat leert dit over de maturiteit van GIZ in België vanuit de inschatting en ervaring van de 3 projectgroepen in scope.
- De nodig informatie voor het maken van een onderbouwde inschatting van de meerwaarde en gebruiksvriendelijkheid van Scirocco-methodologie en wat dit betekent voor eventueel verdergezet toekomstig gebruik

Bijlage 2: bronnenlijst wetenschappelijke literatuur

A1

A2

A3

A4

A5

Introductie

- 1. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. JAMA. 2022;327(6):521–522.
- 2. Itchhaporia D. The Evolution of the Quintuple Aim: Health Equity, Health Outcomes, and the Economy. J Am Coll Cardiol. 2021 Nov 30;78(22):2262–2264. doi: 10.1016/j.jacc.2021.10.018.

Hoofdstuk 1: Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

- 1. Lambert Anne-Sophie, Op de Beeck Susanne, Herbaux Denis, Macq Jean, Rappe Pauline, Schmitz Olivier, Schoonvaere Quentin, Van Innis Anna Luisa, Vandenbroeck Philippe, De Groote Jesse, Schoonaert Lies, Vercruyssen Helen, Vlaemynck Marieke, Bourgeois Jolyce, Lefèvre Mélanie, Van den Heede Koen, Benahmed Nadia. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 359A. DOI: 10.57598/R359AS.
- 2. WHO Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview. 2016. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integratedcare-models-overview.pdf
- 3. IMC verslag 25 maart 2019

Hoofdstuk 2: Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Hoofdstuk 3: Zoom in 13 topics met inzichten uit verschillende hoeken

Topic 1:

- 1. Quality in primary health care. World Health Organization 2018.
- 2. Baxter S et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC Health Serv Res. 2018
- 3. Mitchell GK et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? AustJ PrimHealth 2015
- 4. Valentijn PP et al. Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care. Int J Integr Care 2016
- 5. Timmins N, Ham C. The quest for integrated health and social care. A case study in Canterbury, New Zealand 2013.
- 6. JS Lin et al. Framework for using risk stratification to improve clinical preventive service guidelines. Am J Prev Med 2018

Topic 2:

- 1. Lambert A-S, et al. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 359As.
- 2. Sam Pless et al. **Organisatiemodellen voor geïntegreerde zorg, CORTEXS, April 2016**
- 3. Looman et al. Drivers of successful implementation of integrated care for multi-morbidity: Mechanisms identified in 17 case studies from 8 European countries. Social Science & Medicine 2021

Topic 3:

- 1. Schottenfeld L et al. Creating Patient-Centered Team-Based Primary Care - Healthy People 2030. 2016
- 2. Borgemans, L. et al. How to improve integrated care for people with chronic conditions: Key findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and beyond. 2017
- 3. Buret, L. B., Di Biagi, L., Defraigne, F., Jamart, H. H., Vanderhofstadt, Q., D'Ans, P., Schetgen, M., & Mahieu, C. (2020). Chapitre 4 Collaboration interprofessionnelle et développement des compétences. In Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone. 73-104.
- 4. Ghorob A, Bodenheimer T. Building teams in primary care: A practical guide. 2015.
- 5. Hochman M. Improvement Happens: Team-Based Primary Care, an Interview with Stuart Pollack. 2015
- 6. <https://www.dezorgsamen.be/power-to-care/>
- 7. "Le Dictionnaire Oxford des termes statistiques", Oxford University Press, 2003 - Glossary of statistic Items, <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2572>

Topic 4:

- 1. Mahieu et al (2020). Rapport de recherche. La santé mentale des Bruxellois: quels sont les besoins de la "première ligne" et comment améliorer la collaboration entre métiers, entre structures et entre lignes?: Une perspective territoriale.
- 2. K Vanhaecht et al. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions 2010
- 3. <https://www.pozob.nl/ketenzorg/zorgprogrammas/>, geconsulteerd op 26.10.22
- 4. <https://www.zorgtraject.be/NL/Professioneel/default.aspx>, geconsulteerd op 26.10.22
- 5. Goderis G, et al. Care trajectories are associated with quality improvement in the treatment of patients with uncontrolled type 2 diabetes : A registry based. Prim Care Diabetes. 2015

Topic 6:

- 1. <https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure-50j-riziv.pdf>
- 2. Best Practice Project in Public Health: Promoting Integrated Care, Organisation for Economic Co-operation and Development, 8 Nov 2022
- 3. [Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België | KCE \(fgov.be\)](#)

Topic 6 (vervolg)

- 4. Roland, M. « Capitation contract financing of primary health care: a possible alternative to traditional payment for service ». Revue Medicale De Bruxelles 19, no 6 (1998): 483-93.
- 5. https://www.ima-aim.be/IMG/pdf/200302_rapport_budgetgarantie_keuzes_en_aanbevelingen_voor_het_berekeningsmodel_1_.pdf
- 6. Tsiachristas, Apostolos. « Financial Incentives to Stimulate Integration of Care ». International Journal of Integrated Care 16, no 4 (28 2016): 8. <https://doi.org/10.5334/ijic.2532>.
- 7. Sandhu, Sahil, Anu Sharma, Rushina Cholera, et Janet Prvu Bettger. « Integrated Health and Social Care in the United States: A Decade of Policy Progress ». International Journal of Integrated Care 21, no 4 (2021): 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.5687>

Topic 7:

- 1. [Health Status \(oecd.org\)](#)
- 2. Donabedian, Avedis. « Evaluating the Quality of Medical Care ». The Milbank Quarterly 83, no 4 (2005): 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- 3. Van Durme, Thérèse, Lucia Alvarez Iruستا, et Jean Macq. « L'évaluation des soins intégrés en Belgique ». 2018. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:199409>.
- 4. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_313A_Performantie_Rapport_2019_Rapport%20NL.pdf
- 5. Ibn El Haj, Hanae, Noureddine Rais, et Mohamed Lamrini. « Quality of Care between Donabedian Model and ISO9001V2008 ». 2013, 14
- 6. Valentijn, Pim P., Sanneke M. Schepman, Wilfrid Opheij, et Marc A. Bruijnzeels. « Understanding Integrated Care: A Comprehensive Conceptual Framework Based on the Integrative Functions of Primary Care ». International Journal of Integrated Care 13, no 1 (22 2013). <https://doi.org/10.5334/ijic.886>.
- 7. Integreo. « Integreo Plan conjoint en faveur des malades chroniques Des soins intégrés pour une meilleure santé », s. d. <https://www.integreo.be/fr>.

Topic 8:

- 1. Marzban, S., Najafi, M., Agolli, A., & Ashrafi, E. (2022). Impact of Patient Engagement on Healthcare Quality: A Scoping Review. Journal of patient experience, 9, 23743735221125439. <https://doi.org/10.1177/23743735221125439>.
- 2. Gray, C. S., Grudniewicz, A., Armas, A., Mold, J., Im, J., & Boeckxstaens, P. (2020). Goal-oriented care: a catalyst for person-centred system integration. International journal of integrated care, 20(4).
- 3. Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., Onate, K., Denis, J. L., & Pomey, M. P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. Implementation science : IS, 13(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>.
- 4. Sak, G., Rothenfluh, F., & Schulz, P. J. (2017). Assessing the predictive power of psychological empowerment and health literacy for older patients' participation in health care: A cross-sectional population-based study. BMC Geriatrics, 17, 59.
- 5. Nys, Herman. "De rechten van de patiënt in de deelstaten." (2022).

Topic 9:

- 1. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. Int J Integr Care. 2005;5:e01; discussion e03, e09.
- 2. [h42_5_02_kort_nieuws_0.pdf \(domusmedica.be\)](#)
- 3. Chen Y, Tian Y, Sun X, Wang B, Huang X. Effectiveness of empowerment-based intervention on HbA1c and self-efficacy among cases with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis of randomized controlled trials. Medicine (Baltimore). 2021 Sep 24;100(38):e27353.
- 4. Ng WI, Smith GD. Effects of a self-management education program on self-efficacy in patients with COPD: a mixed-methods sequential explanatory designed study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017 Jul 20;12:2129–39.
- 5. Shnaigat M, Downie S, Hosseinzadeh H. Effectiveness of Health Literacy Interventions on COPD Self-Management Outcomes in Outpatient Settings: A Systematic Review. COPD J Chronic Obstr Pulm Dis. 2021 May 4;18(3):367–73.
- 6. Disler RT, Appleton J, Smith TA, Hodson M, Inglis SC, Donesky D, et al. Empowerment in people with COPD. Patient Intell. 2015 Dec 30;8:7–20.
- 7. Gai QY, Lv H, Li YP, Fu QM, Li P. Education intervention for older adults with osteoporosis: a systematic review. Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA. 2020 Apr;31(4):625–35.
- 8. Ould Brahim L, Lambert SD, Feeley N, Coumoundouros C, Schaffler J, McCusker J, et al. The effects of self-management interventions on depressive symptoms in adults with chronic physical disease(s) experiencing depressive symptomatology: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2021 Nov 20;21(1):584.
- 9. Schnock KO, Howard EP, Dykes PC. Fall Prevention Self-Management Among Older Adults: A Systematic Review. Am J Prev Med. 2019;56(5):747–55.
- 10. Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. Arthritis Rheum. 1993 Apr;36(4):439–46.
- 11. Wilson JMG, Jungner G. PRINCIPLES AND PRACTICE OF SCREENING FOR DISEASE. :168.

Bijlage 2: bronnenlijst wetenschappelijke literatuur

Topic 10:

- 1. eHealth | Shaping Europe's digital future [Internet]. [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/ehealth>
- 2. Reddy M. Digital Transformation in Healthcare in 2022: 7 Key Trends [Internet]. Digital Authority Partners. 2022 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://www.digitalauthority.me/resources/state-of-digital-transformation-healthcare/>
- 3. Kasyanau A. The six key trends driving the future of digital healthcare [Internet]. Fast Company. 2022 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://www.fastcompany.com/90754971/the-six-key-trends-driving-the-future-of-digital-healthcar>
- 4. Lorica B. 2022 AI in Healthcare Survey Report [Internet]. Gradient Flow. 2022 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://gradientflow.com/2022aihealthsurvey/>
- 5. The State Of Digital Health | CB Insights [Internet]. [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://instapage.cbinsights.com/research-state-of-healthcare>
- 6. Best Practice Project in Public Health: Promoting Integrated Care, Organisation for Economic Co-operation and Development, 8 Nov 2022

Topic 11:

- 1. Lambotte, D., Smetcoren, A. S., Zijlstra, G., De Lepeleire, J., De Donder, L., Kardol, M., & D-SCOPE Consortium (2020). Meanings of Care Convoys: The Structure, Function, and Adequacy of Care Networks Among Frail, Community-Dwelling Older Adults. *Qualitative health research*, 30(4), 583–597. <https://doi.org/10.1177/1049732319861934>

Topic 12:

- 1. Tulchinsky, T. H. (2018). Marc Lalonde, the Health Field Concept and Health Promotion. *Case Studies in Public Health*, 523.
- 2. OMS-WHO, 124. « Commission des déterminants sociaux de la santé : rapport du Secrétariat ». Organisation mondiale de la Santé, 2009. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/2902>.
- 3. INPES. « INPES - ISS: Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? », 15 2020, 4

Topic 13:

- 1. Schubert I, Stelzer D, Siegel A, Köster I, Mehl C, Ihle P, et al. Ten-Year Evaluation of the Population-Based Integrated Health Care System 'Gesundes Kinzigtal'. *Dtsch Arzteblatt Int*. 2021 Jul 12;118(27–28):465–72.

Hoofdstuk 4: Zoom in instrumentarium

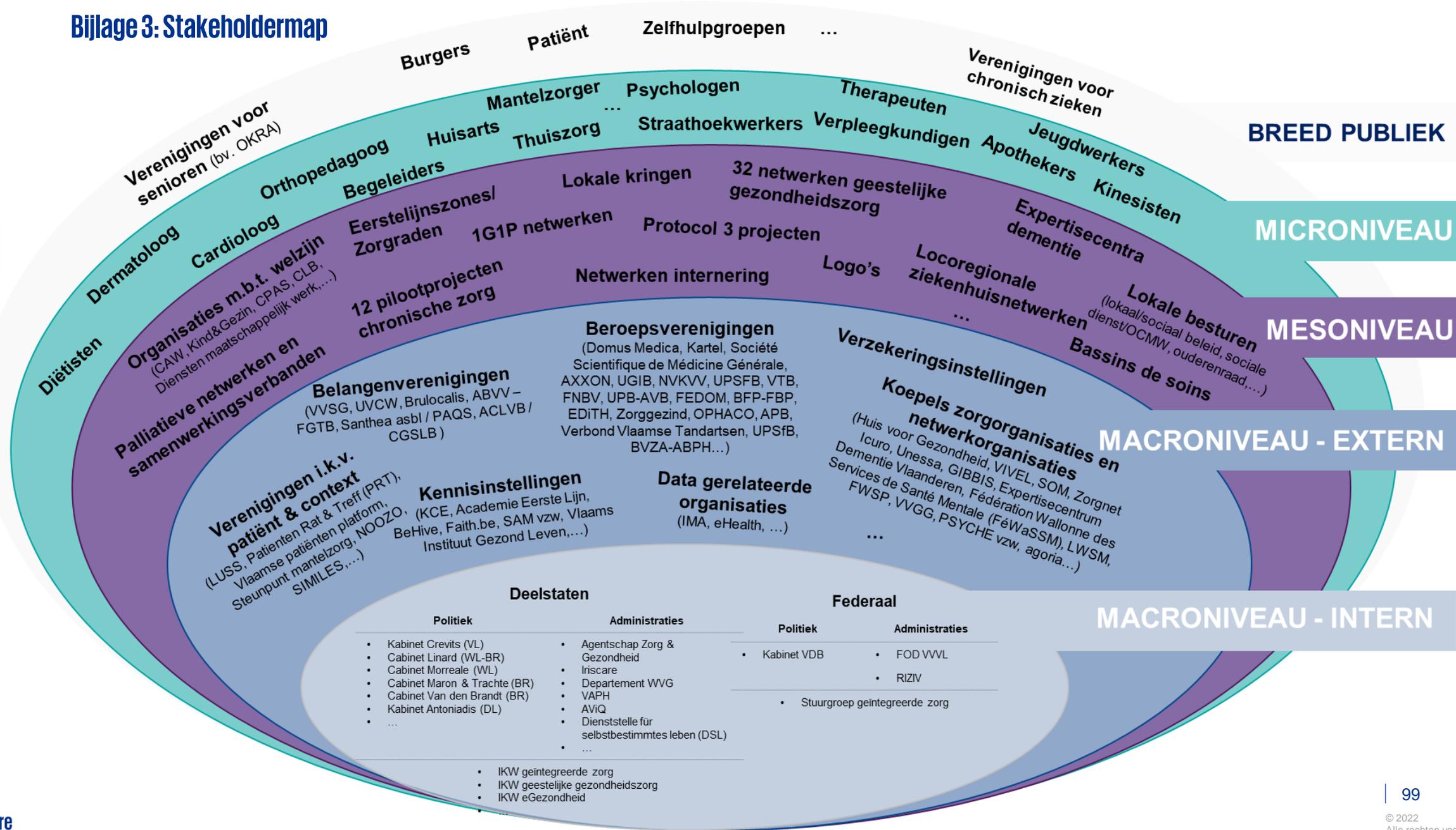
- Protocolakkoord van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid houdende het actieplan e-Gezondheid 2022-2024
- Digitaal zorg en ondersteuningsplan: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/ezorgzaam-vlaanderen/digitaal-zorg-en-ondersteuningsplan>
- Overeenkomst voor het project ter ondersteuning van personen met complexe zorg- en hulpbehoeften <https://www.riziv.fgov.be/nl/themes/zorgkwaliteit/ouderenzorg/alternatieven-ouderen/Paginas/projecten-fase-3.aspx>
- KCE rapport evaluatie derde fase van protocol 3 projecten
- Belrai <https://www.belrai.org/nl>
- SCIROCCO Exchange Maturity Model for Integrated Care – v1.0 – 13.06.2019
- HSO Integrated People-Centred Health SystemsCAN/HSO 76000:2021 (E), April 2021

Bijlage 1:

- Algemeen geraadpleegde (ontvangen of gevonden) documentatie:
 - [Plan geïntegreerde zorg](#)
 - [KCE integrated care rapport](#)
 - [KCE rapport evaluatie derde fase van protocol 3 projecten](#)
 - New Deal huisartsen
 - Gidsen GGZ netwerken volwassenen
 - Gidsen GGZ netwerken kinderen & jongeren
 - Nota CGV 2022/221 (incl. aanvullende nota)
 - Note Publique: Renforcer l'organisation de la première ligne d'aide et de soins, une priorité fondamentale pour la fin de législature 2022-2024 (BX)
 - Note relative aux bassins d'aide et de soins bruxellois
 - Présentation IKW Integrierte Versorgung Projekte Ostbelgien
 - Intermediair rapport meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024
 - Mantelzorgplan 2022-2024
 - Nota integreo projecten 'Uitbreidingsfase na 2022'
 - Sharepoint pilootprojecten GIZ: fiches, jaarrapporten,...
 - Eindrapport en aanbevelingen van de wetenschappelijke evaluatie en ondersteuning van GZP door FAITH.be.
 - Presentatie vanuit meerjarentraject over gezondheidsdoelstellingen
 - Nationaal akkoord arsten-ziekenfondsen 2022-2023 m.b.t.transversale projecten en meerjarenbegroting
 - Overeenkomst psychologische functies eerstelijns 26 07 2021
 - Presentatie infosessie rond conventie uitbreiding psychologische hulp (20/09/2021)
 - [Nota hervorming van de ziekenhuisorganisatie en – financiering van minister Frank Vandenbroucke \(28/01/2022\)](#)
 - Rapport 10 jaar hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België: een voortdurend evoluerend proces (2021)
 - BIHR
 - Protocole d'accord de la Conférence Interministérielle Santé Publique portant sur le plan d'actions e-Santé 2022-2024 & acteplan e-Gezondheid 2022-2024
 - Transversale analyse jaarrapporten pilootprojecten GIZ (via IAC)
 - Stand van zaken aandachtspunten en aanbevelingen voor pilootprojecten GIZ na jaarrapporten 2020
 - Wetenschappelijke evaluatie van psychologische functies in de eerste lijn in België
 - Gemeenschappelijke visie over zorgcoördinatie en casemanagement
 - Plan soins intégrés: rapport annuels 2021: des projets pilotes de Soins Intégrés
 - Eindrapport van de EPCAP-studie (Evaluation of Primary Care Psychology study).
 - Overzicht realisaties 18 componenten van geïntegreerde zorg anno 2022/ Aperçu des réalisations des 18 composantes de soins intégrés en 2022
 - Zorgpad obesitas bij kinderen en jongeren
 - [rapport wetenschappelijk comité meerjarenbegroting.pdf \(fgov.be\)](#)
 - Overeenkomst voor het project ter ondersteuning van personen met complexe zorg- en hulpbehoeften
 -
- [1.https://www.scirocco-project.eu/scirocco-tool](https://www.scirocco-project.eu/scirocco-tool)
- [2. Research Explorer - \(174N05621\) Aanpassing van de SCIROCCO Tool en de 12 dimensies aan het multi-disciplinaire werkveld van de Eerste Lijn Zorggraden + Toetsing van de SCIROCCO Tool om te gebruiken in het concept van Doelgerichte Zorg \(ugent.be\)](#)
- [3. https://www.vivel.be/nl/nieuws/piloot-project-met-scirocco-tool/](https://www.vivel.be/nl/nieuws/piloot-project-met-scirocco-tool/)
- [4. Transitie naar \(meer\) geïntegreerde zorg in België | KCE \(fgov.be\)](#)

Bijlage 3: Stakeholdermap

- A1
- A2
- A3
- A4
- A5**



Bijlage 4: Overzicht deelnemers bilaterale kennismakingsgesprekken

A1

A2

A3

A4

A5

Soort	Organisatie	Naam	
Bilaterale Kennismakingsgesprekken opdrachtgever	FOD VVWL	Bernard Jacob	
		Isabelle Van der Brempt	
		Saskia Van Den Bogaert (volledige 'kleine' IAC)	
		Tom Verhaeghe	
		Annick Poncé	
		Hans Verrept	
	RIZIV-INAMI	Daniel Crabbe	
		Jelle Coenegrachts	
		Patrick Verliefde	
		Tom Verdonck	
		Marleen Louagie	
		Pedro Facon	
		Mike Daubie	
		Bert Winnen	
Bilaterale Kennismakingsgesprekken federaal kabinet	Kabinet Vandenbroucke	Evelyne Hens	
		Isabel Moens	
		Ri De Ridder	
		Nick Marley	
Bilaterale Kennismakingsgesprekken vertegenwoordigers deelstaten (kabinetten)	Brussel	David Hercot Valentine Musette (Brusano)	
	Vlaanderen	Ellen Thielens Jeroen van der Brandt	
	Wallonië	Brigitte Bouton Yolande Husden	
		Marina Libertiaux	
	Duitstalige gemeenschap	Julia Hepp	
	Bilaterale Kennismakingsgesprekken i.k.v. WS 3	FOD Volksgezondheid	Karolien Weemaes
			Stéphanie Natalis
Patricia Chavez & Nilgun Kizilmese			
Murielle Makuch			
Florence Leveque			

30 bilaterale kennismakingsgesprekken met in totaal 40 personen

Bijlage 5: Overzicht deelnemers interactieve workshop 7/09

A1

A2

A3

A4

A5

Vertegenwoordigers van*:				
FOD VVVL	RIZIV	Kabinet Vandenbroucke	Deelstaten	
<ul style="list-style-type: none"> Saskia Van den Bogaert 	<ul style="list-style-type: none"> Daniel Crabbe 	<ul style="list-style-type: none"> Isabel Moens 	Vlaanderen <ul style="list-style-type: none"> Anneleen Craps Bavo Smits 	
<ul style="list-style-type: none"> Tom Verhaeghe 	<ul style="list-style-type: none"> Marleen Louagie 	<ul style="list-style-type: none"> Katrien Vervoort 	Wallonië <ul style="list-style-type: none"> Caroline Frère 	
<ul style="list-style-type: none"> Bernard Jacob 	<ul style="list-style-type: none"> Tom Verdonck 	<ul style="list-style-type: none"> Ri De Ridder 	Brussel: <ul style="list-style-type: none"> Alexia Lescart 	
<ul style="list-style-type: none"> Isabelle Van Der Brempt 	<ul style="list-style-type: none"> Florence Leveque 		Duitstalige gemeenschap: <ul style="list-style-type: none"> Laura Piraprez Julia Hepp 	
<ul style="list-style-type: none"> Annemarie Jacobi 	<ul style="list-style-type: none"> Jelle Coenegrachts 			
<ul style="list-style-type: none"> Patricia Chavezmejia 	<ul style="list-style-type: none"> Lieselotte Huyghe 			
<ul style="list-style-type: none"> Hannelore Goovaerts 				
<ul style="list-style-type: none"> Sarah Morskink 				
<ul style="list-style-type: none"> Melissa Chebieb 				
Totaal:	10	6	3	6
				25

* Betreft personen die werkelijk deelgenomen hebben aan de workshop

Bijlage 6: Overzicht deelnemers sleutelfiguurbefragingen (SFB)

A1

A2

A3

A4

A5

	Stakeholdergroep	Sleutelfiguur	Organisatie	Individueel gesprek	Groepsgesprek	
Vertegenwoordigers opgenomen in begeleidingscomité + rechtstreekse link met verzekeringcomité	Mutualiteiten	Jean-Pascal Labille	VI300 - Solidaris	X		
		Luc Van Gorp				
		Elisabeth Degryse	CM	X		
	Artsensyndicaten	Sandra Derieuw				
		Xavier Brenez	Onafhankelijke Ziekenfondsen	x		
		Gilbert Bejjani	ABSYM	x		
		Stan Politis	ABSYM	x		
		Jos Van Hoof				
		Thomas Gevaert	Kartel ASGB – MODES - GBO	x		
	Beroepsverenigingen	Jonathan Brauner				
		Roel Van Giel	AADM			x
		Stefaan Teughels	Domus Medica			
		Quentin Mary	SSMG		x	
		Stefaan Hanson	Verbond Vlaamse Tandarsten			
		Nicolas Echement (Fr)	APB			
Koen Straetmans (NI)						
Anne Santi FR		OPHACO				
Marc Henri Cornely		BVZA-ABPH				
Dominique Wouters		AXXON				
Peter Bruynooghe						
Hendrik Van Gansbeke		Wit-Gele Kruis Vlaanderen				
Elise Keldermans						
Wouter Decat (NL)/Martine Braem (FR)		AUVB / UGIB				
Carole Bossens		sages-femmes				
Pierre Seeuws		Ergotherapie BE				
Marc-Eric Guisset						
Koen Lowet		VVKP				
Quentin Vassart	UPPCF					
Vakbonden	Lisa Castelein	ACLVB / CGSLB				
	Anne Panneels					
	Raf De Weerd	ABVV – FGTB			X	
	EL OTMANI Youssef	ACV				
Federatie van ondernemingen	Stefanie Devos	beMedTech			X	
	Karliën Erauw	Agoria Brussels				
Ziekenhuiskoepels/ federaties	Hilde De Nutte					
	Karen De Vuyst	Zorgnet Icuro		x		
	Bernadette Vandenheuvel					
	Benoît Hallet - is vervangen door Marc Demesmaecker					
	Aline Hotterbeex	UNESSA			X	
	David Lefebvre*					
	Dieter Goemaere	GIBBIS				
	Denis Herbaux	Santhea asbl / PAQS		x		
Federaal betrokken administraties	RIZIV - team DGV	Vera Beeken Jelle Coenegrachts Daniel Crabbe en dispatch naar anderen	team DGV - RIZIV	x		

2 Groeps-gesprekken:
NI – Fr

Bijlage 6: Overzicht deelnemers sleutelfiguurbefragingen (SFB)

A1

A2

A3

A4

A5

	Stakeholdergroep	Sleutelfiguur	Organisatie	Individueel gesprek	Groepsgesprek
Vertegenwoordigers deelstaten op beleidsniveau toe te voegen (macro niveau)	Beleidsniveaus op deelstatelijk niveau	Dirk Dewolf	Vlaanderen (dep zorg en gezondheid)		x
		Tom De Boeck			
		Marijke Enghien	Vlaanderen (dep welzijn)		
		Karine Moykens			
		Caroline Frère	Wallonië: AVIQ (dep zorg, gezondheid en welzijn)	x	
		Brigitte Bouton			
		Nathalie Noël			
		Madame Lescart	Cocom / GGC	x	
		Monsieur Vladimir Martens			
		Tania Dekens	Iriscare	x	
Julia Hepp					
Sarah Paquet	Duitstalige gemeenschap	x			
Vertegenwoordigers van overige organisaties (macro niveau: combinatie zorg en welzijn)	Koepelverenigingen/ netwerken	Caroline Verlinde	VIVEL	x	
		Gerrit Rauws			
		Valentine Musette	Brusano	x	
		Marina Danckaerts	Netwerk kinderen en jongeren - Vlaams Brabant		
		David Dol	Netwerk volwassenen - Limburg		
		Didier de Vleeschouwer	Netwerk kinderen en jongeren - Namur		x
		Geneviève Loots	Netwerk volwassenen - Waals Brabant		
Ondersteuning persoon en bredere netwerk:	Patiënten- en mantelzorgverenigingen	Else Tambuyzer	VPP		
		Carine Serano	LUSS		x
		Anja Boffenrath	PRT		
		Johan Tourne	Vlaams Mantelzorgplatform		
		Naomi Debruyne			x
		Maxime Delaite	Aidants proches		
Welzijnskoepel:	Welzijnskoepels	Herwig Teugels	Kenniscentrum Welzijn Wonen Zorg	x	
		Olivia Vanmechelen			
		Hendrik Delaruelle	Vlaams welzijnsverbond		
		Stefaan Berteloot	Zorggezind	x	
		Gaël Verzele	La Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile		
		Gaël Schadeck	Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile		x
		Deborah Dewulf	Fédération des Centres de Services à Domicile		
Wetenschappelijke partners:	Academie voor de Eerste Lijn	Roy Remmen	UAntwerpen		
		Emily Verté	VUB	x	
		Josephine Van Olmen	UAntwerpen		
	Academici	Thérèse Van Durme	UCLouvain	x	
		Jean Macq			
		Pauline Boeckxstaens	UGent	x	
	KCE	Jolyce Bourgeois			
		Nadia Benahmed	KCE	x	

Totaal: 34

Bijlage 7: Interviewleidraad en voorbereidende oefening sleutelfiguurbevragingen



Version FR

1. Guide d'entretien pour les entretiens semi-structurés

Lors de l'entretien, nous souhaitons discuter avec vous des questions suivantes :

Questions de contenu

- Qu'entendez-vous par soins intégrés ?
- Quelle est votre position ou votre opinion sur l'ambition de réaliser des soins intégrés en Belgique?
 - Pourquoi votre attitude est-elle plutôt négative/ neutre/ plutôt positive?
- Facultatif: Dans quelle mesure connaissez-vous le plan de SI de 2015?
- Dans quelle mesure croyez-vous à un plan interfédéral comme instrument de réalisation des soins intégrés?
- Dans quelle mesure les 13 thèmes vous sont-ils familiers?
 - Y a-t-il des sujets qui manquent selon vous?
- Quelles sont les éléments liés aux 13 thèmes qui ont déjà été réalisées ou qui sont actuellement en cours de réalisation selon vous?
 - Y a-t-il des éléments dans lesquelles votre organisation a joué un rôle? Si oui, quel rôle ?
- Quelle est votre ambition/celle de vos organisations en ce qui concerne les 13 thèmes/les soins intégrés ?
- Quels engagements minimums devraient être inclus dans le plan pour les 13 sujets ? Par exemple : pour le thème "niveau locorégional", au moins X certaine action doivent être incluses dans le plan.
- Quels leviers voyez-vous pour réaliser certaines questions dans ce futur plan ?
- Quels sont, selon vous, les facteurs qui pourraient entraver l'élaboration d'un plan interfédéral et sa mise en oeuvre?
- Sur la base de tout ce dont nous avons discuté, quels sont, selon vous, les sujets sur lesquels il est le plus prioritaire de progresser rapidement ?



Version FR

2. Exercice préparatoire

Topic:	Quelle est l'importance de prendre des mesures dans ce topic pour réaliser les SI?					Dans quelle mesure votre organisation peut-elle contribuer à prendre des mesures dans ce topic?					
	Pas important		Très important			Contribution limitée		Grande contribution			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. L'organisation des soins et de l'aide au niveau locorégional											
2. Intégration horizontale et verticale des soins et du bien-être (cf. continuité des soins)											
3. Organisation, renforcement et rétention de la capacité de soins (multidisciplinaires) adaptée aux besoins, y compris le développement des compétences											
4. Interprétation du processus de soins/du trajet de soins/du parcours de soins/de la planification des soins, y compris la coordination des soins et le casemanagement											
5. Culture de soins intégrés											
6. Financement des soins intégrés à différents niveaux qui répondent au SAIM											
7. Performance du système de soins intégrés											
8. Interprétation de la « centralité du patient » et de l'« empowerment » : offre en termes d'accompagnement individuel et collectif de la personne dans son contexte											
9. Engagement envers la promotion de la santé et la prévention des maladies dans le contexte des soins intégrés											
10. Outils numériques qui soutiennent le processus de soins : partage de données électroniques et plateforme numérique pour la collaboration multidisciplinaire											
11. Soutien du réseau informel d'une personne dans son contexte, à la fois individuellement et collectif											
12. Soins et bien-être dans un contexte plus large											
13. Gestion de l'intégration											



Versie NL

Interviewleidraad voor semigestructureerde interviews

Volgende vragen bespreken we graag met u tijdens het interview.

Inhoudelijke vragen

- Wat verstaat u onder geïntegreerde zorg?
- Wat is uw houding/ mening ten opzichte van de ambitie om geïntegreerde zorg te realiseren in België?
 - Waarom is uw houding eerder negatief/ neutraal/ eerder positief?
- Optioneel: In hoeverre bent u op de hoogte van het plan GIZ van 2015?
- Hoe sterk gelooft u in een interfederaal plan als instrument om geïntegreerde zorg te realiseren?
- Hoe herkenbaar zijn de 13 topics voor u?
 - Zijn er topics die ontbreken volgens u?
- Welke zaken met betrekking tot de 13 topics zijn volgens u reeds gerealiseerd of momenteel in fase van realisatie?
 - Zijn hier zaken bij waar uw organisatie een rol in heeft gespeeld? Zo ja, welke rol?
- Wat is uw ambitie/ de ambitie van uw organisaties met betrekking tot de 13 topics/ geïntegreerde zorg?
- Welke minimale engagementen zouden voor de 13 topics moeten opgenomen worden in het plan? *Bijvoorbeeld: voor topic "locoregionaal niveau" dient minimaal bepaalde actie X in het plan te worden opgenomen.*
- Welke hefbomen ziet u om bepaalde zaken in dit toekomstig plan te realiseren?
- Welke factoren ziet u die het opmaken van een interfederaal plan en de realisatie ervan kunnen belemmeren?
- Op basis van alles wat we besproken hebben, welke topics vindt u het meest prioritair om snel vooruitgang op te boeken?



Versie NL

Vorbereidende oefening

Topic:	Hoe belangrijk is het nemen van maatregelen binnen dit topic voor de realisatie van GIZ?					In welke mate kan uw organisatie bijdragen aan het nemen van maatregelen binnen dit topic?						
	Niet belangrijk	1	2	3	4	5	Beperkte bijdrage	1	2	3	4	5
1. De organisatie van zorg en ondersteuning op locoregionaal niveau												
2. Horizontale en verticale integratie van zorg & welzijn (cf. zorgcontinuïteit)												
3. Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling												
4. Invulling van zorgproces/zorgtraject/zorgpad/zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement												
5. Cultuur van geïntegreerde zorg												
6. Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan SAIM												
7. Performantie van het geïntegreerde zorg systeem												
8. Invulling "patiënt centraal" en "empowerment": aanbod qua individuele en collectieve ondersteuning van een persoon in zijn/haar context												
9. Inzet op gezondheids promotie en ziektepreventie in kader van geïntegreerde zorg												
10. Digitale tools ter ondersteuning van het zorgproces: elektronisch delen van gegevens en een digitaal platform voor multidisciplinaire samenwerking												
11. Ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context zowel op individueel als op groepsniveau												
12. Zorg en welzijn in een bredere context												
13. Integratiemanagement												

Bijlage 8: Verwerking van de sleutelfiguurbevragingen

B. Kwantitatieve verwerking o.b.v. voorbereidende oefening

* Lege vakjes geven aan dat dit niet werd ingevuld door de sleutelfiguren

1. Ingeschat belang van het topic als hefboom

1. Belang van het topic		Topic1	Topic2	Topic3	Topic4	Topic5	Topic6	Topic7	Topic8	Topic9	Topic10	Topic11	Topic12	Topic13
Stakeholdergroep	Sleutelfiguur	Locoregionaal niveau	Horizontale en verticale	Zorgcapaciteit	Zorgproces, zorgtraject	Cultuur van GZ	Financiering	Perfomantie van het systeem	Patient empowerment	Gezondheidsprognose	Digitaal tools	Informeel netwerk	Zorgen welzijn bredere context	Integratie management
Ziekenfonds	V300 Solidaris	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	3	4
Ziekenfonds	CM	4	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4
Ziekenfonds	Onafhankelijke ziekenfondsen (Aan Cneupens)	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4
Artsensyndicaten	ABSYM	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Artsensyndicaten	BVAS													
Artsensyndicaten	Kartel ASGB - MODES - GBO	5	5	5	5	5	5	3	3	5	4	5	3	5
Artsensyndicaten	Domus Medica & AADM													
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - VVKP	5	4	5	3	2	5	5	3	3	4	2	2	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - APB	5	5	4	3	4	4	4	4	5	4	3	4	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - AXDXN	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - WIGK	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - ALVB	5	4	5	3	3	5	4	3	3	4	3	4	5
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - ERGO VL	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 2 (FR) - sages femmes	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 2 (FR) - UGIB	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 2 (FR) - OPHACO	5	5	4	4	5	5	4	5	5	3	4	4	5
Beroepsverenigingen	ACLVB/CGLSB + ABVV - FGFB + ACV	4	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	4	4
Beroepsverenigingen	VVKP	5	4	5	3	2	5	5	3	3	4	2	2	4
Beroepsverenigingen	SMMG	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Federatie onderneming	BeMedeck + Agoria													
ZH koepels / federatie	Zorget icuro	5	3	4	4	4	5	4	3	4	5	3	3	3
ZH koepels / federatie	Unessa + GIBBIS	2	4	3	4	4	3	4	5	4	5	4	3	2
ZH koepels / federatie	Santhea asbl / PAQS	5	3	4	3	5	2	2	3	3	4	3	3	2
ZH koepels / federatie	Departement zorg & gezondheid	5	5	5	5	5	5		4	5	5	5	5	
Deelstaten	Departement welzijn													
Deelstaten	AVIQ	5	5	4	5	5	3	5	5	5	5	5		5
Deelstaten	COCOM/GGC	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	5	5	4
Deelstaten	Itiscare	5		5		4	4	5	4		5			
Deelstaten	Duitstalige gemeenschap (Julia Hepp & Sarah Paquet)	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5
Koepelorganisaties	VIVEL	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	
Koepelorganisaties	Brusano (Valentine Muzette)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Koepelorganisaties	La premier ligne (Wallonië + Oostbevelgen)	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	
Netwerken GGZ	Netwerken GGZ	5	4	4	3	3	4	3	5	5	3	5	4	3
Netwerken GGZ	Netwerken GGZ	4	4	5	3	5	5	5	5	5	3	4	5	4
Netwerken GGZ	Netwerken GGZ	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Patiëntenvereniging	LUSS	4	4	4	4	4	5	3	5	5	4	4	4	4
Patiëntenvereniging	VPP	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
Patiëntenvereniging	PRT	4	3	4	3	3	5	2	4	5	3	3	4	3
Patiëntenvereniging	Mantelzorgplatform + aidants proches wallonie et bruxelles	5		5	2	4	5	4	4	5	3	5	4	4
Welzijnkoepels	Vlaams Welzijnsverbond	3	5	4	4	5	3	5	5	4	3	4	5	4
Welzijnkoepels	Kenniscentrum Welzijn Women Zorg	5	4	5	2	3	5	2	3	4	4	3	5	3
Welzijnkoepels	Zorggeïnd	3	4	5	5	4	5	4	5	4	5	4	4	4
Thuiszorg	La Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile	5	4	4	5	3	5	4	4	4	5	4	4	3
Thuiszorg	Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile													
Thuiszorg	Fédération des Centres de Services à Domicile													
Academici	Academie voor de eerste lijn UA	5	5	5	2	4	5	5	4	4	5	5	2	2
Academici	Academie voor de eerste lijn VUB	5	5	5	2	4	4	4	5	4	5	5	5	5
Academici	UCL	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	3	4	5
Academici	UCL	5												
Academici	Ugent	5	5	5	5	5	5	4	5	3	4,5	5	5	5
Academici	Ugent	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	3	3
Wetenschappelijke pa	KCE	5	5	4	4	5	5	5	3	3	5	3	3	5
Wetenschappelijke pa	KCE	5	5	5	4	5	5	4	3	3	5	4	3	5
RIZIV	Team DGV - RIZIV	4	4	4	5	4	4	5	4	3	5	4	5	4
RIZIV	Team DGV - RIZIV	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

2. Verwachte bijdrage aan het topic

2. Bijdrage aan het topic		Topic1	Topic2	Topic3	Topic4	Topic5	Topic6	Topic7	Topic8	Topic9	Topic10	Topic11	Topic12	Topic13
Stakeholdergroep	Sleutelfiguur	Locoregionaal niveau	Horizontale en verticale integratie	Zorgcapaciteit	Zorgproces, zorgtraject, zorgplan...	Cultuur van GZ	Financiering	Perfomantie van het systeem	Patient empowerment	Gezondheids-promotie en preventie	Digitaal Tools	Informeel netwerk	Zorgen welzijn bredere context	Integratie management
Ziekenfonds	V300 Solidaris	5	4	4	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4
Ziekenfonds	CM	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Ziekenfonds	Onafhankelijke ziekenfondsen (Aan Ceupens)	4	3	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4
Artsensyndicaten	ABSYM	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Artsensyndicaten	Kartel ASGB - MODES - GBO	3	3	4	4	5	5	1	3	3	5	4	2	2
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - VVKP	3	1	3	3	4	4	2	3	3	3	3	2	2
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - APB	3	3	4	3	4	5	5	4	5	5	4	3	2
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - AXDXN	3	3	2	3	4	4	3	3	3	5	5	1	3
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - WIGK	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - ALVB	3	4	3	2	5	2	3	3	3	4	1	4	2
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - ERGO VL	3	3	4	4	5	2	3	5	4	4	2	3	2
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 2 (FR) - sages femmes	3	3	2	2	2	2	2	2	5	2	2	2	
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 2 (FR) - UGIB	4	1	3	3	2	1	1	4	3	1	3	1	1
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 2 (FR) - OPHACO	4	3	2	2	4	2	1	5	5	3	2	1	1
Beroepsverenigingen	ACLVB/CGLSB + ABVV - FGFB + ACV	3	1	2	1	2	3	3	2	2	1	2	2	1
Beroepsverenigingen	VVKP	3	1	3	3	4	4	2	3	3	3	3	2	2
Beroepsverenigingen	SMMG	3	2	4	4	4	1	4	4	4	2	1	2	2
Federatie onderneming	BeMedeck + Agoria	1	1	1	2	1	2	2,5	3	2,5	2	2	1	1
ZH koepels / federatie	Zorget icuro						3,5							
ZH koepels / federatie	Unessa + GIBBIS	3	4	4	4	4	5	3	2	4	2	2	4	2
ZH koepels / federatie	Santhea asbl / PAQS	5	3	4	3	5	2	5	4	1	2	1	1	5
ZH koepels / federatie	Departement zorg & gezondheid	5	5	3	5	5	2		3	5	5	5	5	
Deelstaten	AVIQ	5	5	2	4	1	3	3	5	5	3	1	3	4
Deelstaten	COCOM/GGC	5	5	2	2	2	1	3	3	4	2	3	3	3
Deelstaten	Itiscare	5			4	4	2		4		2			
Deelstaten	Duitstalige gemeenschap (Julia Hepp & Sarah Paquet)	5	3	3	4	5	2	3	4	4	3	3	4	3
Koepelorganisaties	VIVEL	4	4	2	3	3	3	3	3	4	2	4	3	
Koepelorganisaties	Brusano (Valentine Muzette)	5	5	2	4	3	2	2	5	2	2	2	2	3
Koepelorganisaties	La premier ligne (Wallonië + Oostbevelgen)	3	3	4	4	5	5	1	3	5	4	2	2	1
Netwerken GGZ	Netwerken GGZ	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	3
Netwerken GGZ	Netwerken GGZ	2,5	4	2	3	4	2	3	4	4	2	4	4	2,5
Netwerken GGZ	Netwerken GGZ	3	3	4	3	4	1	3	4	3	1	2	2	3
Patiëntenvereniging	Patiëntenvertegenwoordigers LUSS	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	4	2	2
Patiëntenvereniging	Patiëntenvertegenwoordigers VPP	2	2	2	4	4	2	4	4	1	3	3	3	1
Patiëntenvereniging	Patiëntenvertegenwoordigers PRT	2	3	2	3	2	1	3	4	4	3	2	3	2
Patiëntenvereniging	Aidants proches wallonie et bruxelles	3		1	1	3	3	1	1	3	1	5	1	1
Welzijnkoepels	Vlaams Welzijnsverbond	3	4	4	4	5	4	5	4	3	4	2	5	4
Welzijnkoepels	Kenniscentrum Welzijn Women Zorg	3	3	2	2	4	1		3	1	4	4	4	5
Welzijnkoepels	Zorggeïnd	3	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4
Thuiszorg	La Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile	5	5	4	5	3	5	3	4	2	5	4	1	3
Thuiszorg	Fédération des Centres de Services à Domicile	5	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3
Academici	Academie voor de eerste lijn UA	3	2	5	3	2	2	2	2	3		2	3	2
Academici	Academie voor de eerste lijn VUB	5	5	5	5	5	5	5	5	2	4	5	5	2
Academici	UCL	5	5	5	5	5	5	4	5	3	4	5	3	3
Academici	UCL	5												
Academici	Ugent	4	5	4		5	4	2		1	4			4
Academici	Ugent	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	3
Wetenschappelijke pa	KCE	3	3	2	3	1	4	5	2	2	1	3	1	3
Wetenschappelijke pa	KCE	3	3	2	3	1	4	5	2	2	1	3	1	3
RIZIV	Team DGV - RIZIV	1	2	3	3	4	4	5	4	3	2	3	2	1

Gemiddelde score	3,62	3,33	3,17	3,32	3,65	3,13	3,25	3,50	3,46	2,89	2,89	2,85	2,62
Volgordr obv bijdrage	2	5	8	6	1	9	7	3	4	10	11	12	13

A1
A2
A3
A4
A5

Bijlage 9: Deelnemers* stakeholderforum

A1

A2

A3

A4

A5

Stakeholdergroep	Organisatie	Contactpersoon	FR/NL
Federale overheid	IAC	Joke Wuyts	NL
	Kabinet VDB	Ri De Ridder	NL
		Katrien Vervoort	NL
		Lieselotte Huyghe	NL
	RIZIV/INAMI	Daniel Crabbe	NL
		Mickaël Daubie	FR
	FOD VVVL	Tom Verhaeghe	NL
		Bernard Jacob	FR
		Saskia Van den Bogaert	NL
		Anaïs Meur	FR
Karolien Weemaes		NL	
Deelstaten	Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens	Julia Hepp	FR
	cabinet de Mr le Ministre Antonios Antoniadis	Laura Piraprez	FR
	AVIQ Vlaanderen	Caroline Frère	FR
	Thomas Boeckx	NL	
	Cabinet de la Ministre Christie Morréale,	Marina Libertiaux	FR
Federatie van ondernemingen	Agoria Brussels	Danny VAN ROIJEN	NL
	BeMedTech	Stefanie Devos	NL
Mutualiteiten	CM	Sandra Derieuw	NL
	Eline Senesael	NL	
	VI300 - Solidaris	Siska Germonpré	NL
	Onafhankelijke Ziekenfondsen	Regina De Paepe	NL
Ziekenhuisfederaties/-koepels	GIBBIS	Edward Van Rossen	NL
	UNESSA	Virginie Lambert	FR
	ZORGNET ICURO	Hilde De Nutte	NL
Artsensyndicaten	Kartel ASGB – MODES – GBO	Thomas Gevaert	NL
	Paul De Munck	FR	
Vakbonden	ABSYM / BVAS	Gilbert Bejjani	FR
	ABVV – FGVB	Anne Panneels	FR
Beroepsverenigingen	Verbond Vlaamse Tandarsten	Stefaan Hanson	NL
	AXXON	Peter Bruynooghe	NL
	OPHACO	Anne Santi	FR
	sages-femmes	Carole Bossens	FR
	APB	Nicolas Echement	FR
	Wit-Gele Kruis Vlaanderen	Elise Keldermans	NL
	AUVB / UGIB	Marc Koninckx	NL
	Association belge des pharmaciens hospitaliers	CARYN Victoire	FR
	belgische beroepsvereniging van orthopedische technologieën	DE WINTER Diane	NL

Stakeholdergroep	Organisatie	Contactpersoon	FR/NL
Koepelorganisaties	VIVEL	Caroline Verlinde	NL
	Netwerk volwassenen - Waals Brabant	Geneviève Loots	FR
Patiënten- en mantelzorgverenigingen	VPP	Sarah Jacobs	NL
	LUSS	Claire Servais	FR
	Mantelzorgplatform	Naomi Debruyne	NL
Welzijnskoepels	Vlaams welzijnsverbond	Hendrik Delaruelle	NL
	La Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile	Cindy Desmedt	FR
	Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile	Dikra Charradi	FR
	Zorggezind	Stefaan Berteloot	NL
	Ugent	Jan De Maeseneer	NL
Academici	Academische partner WeCare (KUL)	Reini Haverals	NL
	Geert Goderis	NL	
	UCL	Thérèse Van Durme	FR
Verzekeringscomité	Jean Macq	FR	
	Voorzitter VERBOND VAN BELGISCHE ONDERNEMINGEN	Anne Kirsch	FR
	DE BISSCHOP Ineke	NL	

Totaal:

54

* Betreft personen die de uitnodiging voor het stakeholderforum geaccepteerd hebben.

Bijlage 10: "Long List" van instrumenten (1/5)

A1

A2

A3

A4

A5

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	criterium 1	criterium 2	criterium 3	Gebruiker
1	De organisatie van zorg en ondersteuning op locoregionaal niveau							
		Scirocco	Model		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties, beleidsorganisaties
		HSO	Richtlijn		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties, beleidsorganisaties
2	Horizontale en verticale integratie van zorg & welzijn (cfr. zorgcontinuïteit)							
		Canterbury model	Model		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties, beleidsorganisaties
		Regenboog model	Model		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties, beleidsorganisaties
		Chronic Care Model	Model		Micro and mesolevel			Zorgorganisaties, beleidsorganisaties
		Zipster	Platform	Vinden professional en doorverwijzing	Microniveau			Professional
		De sociale kaart	Website	Vinden professional en doorverwijzing	Microniveau (en mesoniveau)			Persoon of professional
3	Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling							
		Be.well.pro	Vragenlijst		Micro-, meso- en macroniveau			Zorgprofessionals, zorgorganisaties, beleidsorganisaties
		Ziedet?	Platform	E-learning	Microniveau			Professional
		Kaiser piramide	Model		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		Kruispuntdenken	Model		Micro- en mesoniveau			Professional en zorgorganisaties
		Leidraad voor het opstellen van een lokale omgevingsanalyse	Leidraad		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		DESTEP	Model		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		IMA atlas	Dashboard		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		Gezondbelgië.be	Data rapport		Microniveau*			Zorgorganisaties
		Provincies.incijfers	Data rapport en databank		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		Observatorium voor Gezondheid en Welzijn	Data rapport		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		BISA BXL	Data rapport		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		Leefmilieu Brussel	Data rapport		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		Iweps	Data rapport		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		walstat.iweps.be	Data rapport en databank		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		KU Leuven dashboard	Dashboard		Microniveau*			Zorgorganisaties
		Intego database	Data rapport en databank		Macroniveau*			Zorgorganisaties
		Zorgatlas	Dashboard		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		Public health monitor	Dashboard (in ontwikkeling)		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		Kansarmoedeatlas	Data rapport		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG)	Data rapport en databank		Macroniveau*			Zorgorganisaties

* Instrument heeft de mogelijkheid om toegepast te worden op mesoniveau maar dit is vandaag niet het geval

Bijlage 10: "Long List" van instrumenten (2/5)

A1

A2

A3

A4

A5

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Criterium 1	Criterium 2	Criterium 3	Gebruiker
4	<u>Invulling van zorgproces/ zorgtraject/ zorgpad/ zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement</u>							
		Clever	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau			Persoon/ Professional
		Doelzoeker	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau			Persoon/ Professional
		Positieve gezondheid	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau			Persoon/ Professional
		Babbelboost	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau			Persoon/ Professional
		Samenspraak	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau			Persoon/ Professional
		Zorg-Esperanto	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau			Professional
		Siilo	Platform	Communicatie en gegevensuitwisseling	Microniveau (en mesoniveau)**			Professional
		Microsoft teams	Platform	Communicatie en gegevensuitwisseling	Microniveau (en mesoniveau)**			Professional en zorgorganisaties
		DZOP	Platform	Communicatie, gegevensdeling en zorgplanning	Microniveau (en mesoniveau)**			Professional
		Project 4.2 Multidisciplinaire functionaliteiten	Platform	Communicatie, gegevensdeling en zorgplanning	Microniveau (en mesoniveau)**			Professional
					**Toepassing op microniveau maar faciliteert samenwerking op mesoniveau tussen verschillende actoren.			
5	<u>Cultuur van geïntegreerde zorg</u>							
		CPM: collaborative practice models	Model		Mesoniveau			Professionals, organisaties
6	<u>Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM</u>							
		Virtual payment	Financieringssysteem		Macroniveau			Overheid
		Methodiek budgetgaranties	Financieringssysteem		Macroniveau			Overheid
		Social impact bonds	Financieringssysteem		Macroniveau			Overheid
		Tender systeem zorgvragen	Financieringssysteem		Macroniveau			Overheid

Bijlage 10: "Long List" van instrumenten (3/5)

A1

A2

A3

A4

A5

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Criterium 1	Criterium 2	Criterium 3	Gebruiker
Z	Performantie van het geïntegreerde zorg systeem							
-	-	PDCA cyclus	Model		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		FlaQuM - visiemodel	Model		Meso- en macroniveau			Organisaties
		FlaQuM - co-creatiemodel	Model		Mesoniveau			Zorgorganisaties (ziekenhuizen)
		Een kei in evalueren	Werkboek		(Micro-) en mesoniveau			Organisatie of professional
		ROPI	Vragenlijst		Mesoniveau			Professional, GGZ zorginstelling

8	Invulling "patiënt centraal" en "empowerment": aanbod qua individuele en collectieve ondersteuning van een persoon in zijn/haar context							
	EQ 5D-5L	Vragenlijst	PROMS	Macroniveau				Patiënt
	SF-36	Vragenlijst	PROMS	Macroniveau				Patiënt
	ALCOS	Vragenlijst	PROMS	Microniveau				Patiënt
	PROMIS-10	Vragenlijst	PROMS	Micro, meso en macroniveau				Patiënt
	PaRIS project vragenlijst	Vragenlijst	PROMS/PREMS	Macroniveau				Patiënt
	PACIC	Vragenlijst	PREMS	Mesoniveau				Patiënt / zorgorganisaties
	P3CEQ	Vragenlijst	PREMS	Mesoniveau				Patiënt / zorgorganisaties
	Vlaamse patiëntenpeilig ziekenhuisopname	Vragenlijst	PREMS	Mesoniveau				Patiënt / zorgorganisaties
	Belrai	Vragenlijst	Noden identificeren	Microniveau*				Professional
	Belrai Screener	Vragenlijst	Noden identificeren	Microniveau*				Professional
	Pyxicare	App	Noden identificeren	Microniveau				Professional
	HLS-EU	Vragenlijst	Health literacy	Macroniveau				Persoon/ burger
	3 goede vragen	Informatiecampagne	Patiëntcommunicatie	Macroniveau				Persoon en professional
	Communicatiewaaijer	Praktische richtlijn	Patiëntcommunicatie	Microniveau				Persoon en professional
	Patient empowerment voor zorgverstrekkers	Boek met praktijktips	Patiëntcommunicatie	Microniveau				Professional
	Wegwijs in zorg en gezondheid	Spel	Health literacy	Microniveau				Persoon/burger

* Instrument heeft de mogelijkheid om toegepast te worden op mesoniveau maar dit is vandaag niet het geval

Bijlage 10: "Long List" van instrumenten (4/5)

A1

A2

A3

A4

A5

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Criterium 1	Criterium 2	Criterium 3	Gebruiker
9	Inzet op gezondheidspromotie en ziektepreventie in het kader van geïntegreerde zorg							
		Gezondheidskompas	Vragenlijst		Microniveau			Persoon/ burger
		Preventiemethodieken	Toolbox		Microniveau (en mesoniveau)			Professional
		Healthli Buurtkompas	Methodiek		Microniveau (en mesoniveau)			Professional
		Toolkit heerlijk helder in de zorg	Toolkit		Microniveau (en mesoniveau)			Professional
		Onder Vier Ogen	Methodiek		Microniveau			Professional
10	Digitale tools ter ondersteuning van het zorgproces: elektronisch delen van gegevens en een digitaal platform voor multidisciplinaire samenwerking							
		Globaal medisch dossier (GMD)	Platform	Gegevensdeling	Microniveau			Professional
		Belgian Integrated Health Record (BIHR)	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional
		Mijngezondheid.be	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		Vitalink	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		MyhealthViewer	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Persoon
		Waals gezondheidsnetwerk	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		Brussels gezondheidsnetwerk	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		Mynexuz	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		Cozo	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		Helena	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		E-health box	Platform	Gegevensdeling en communicatie	Microniveau**			Professional

**Toepassing op microniveau maar faciliteert samenwerking op mesoniveau tussen verschillende actoren.

Bijlage 10: "Long List" van instrumenten (5/5)

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Criterium 1	Criterium 2	Criterium 3	Gebruiker
11	Ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context zowel op individueel als op groepsniveau							
		Zorgwijs	Platform		Microniveau			Persoon en informeel netwerk
		Prisma	Vragenlijst		Microniveau (en mesoniveau)*			Mantelzorger of professional
		Zarit Burden Interview	Vragenlijst		Microniveau (en mesoniveau)*			Mantelzorger
		CSI: Caregiver Strain Index	Vragenlijst		Microniveau (en mesoniveau)*			Mantelzorger
					* Instrument heeft de mogelijkheid om toegepast te worden op mesoniveau maar dit is vandaag niet het geval			
12	Zorg en welzijn in een bredere context							
		Er werden geen instrumenten specifiek voor dit topic geïdentificeerd.						
13	Integratiemanagement							
		MFO: medisch-farmaceutisch overleg	Methodiek	Communicatie en gegevensuitwisseling	Mesoniveau			Professional
		Overleg op organisatie- of locoregionaal niveau	Methodiek	Communicatie en gegevensuitwisseling	Mesoniveau			Professional
		Intervisie/ lerend netwerk	Methodiek	Communicatie en gegevensuitwisseling	Mesoniveau			Professionals
		Multidisciplinair Overleg	Methodiek	Communicatie en gegevensuitwisseling	Microniveau (en mesoniveau)**			Professional
					**Toepassing op microniveau maar faciliteert samenwerking op mesoniveau tussen verschillende actoren.			

A1

A2

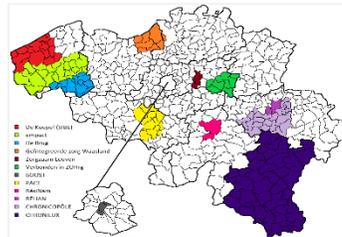
A3

A4

A5

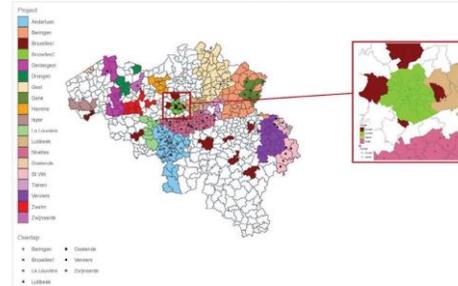
Bijlage 11: Overzicht 3 projectgroepen

Pilootprojecten GIZ



1	De Brug
2	EMPACT
3	De Koepel
4	Zorgzaam Leuven
5	Verbonden in ZOHrg
6	Geïntegreerde Zorg Waasland
7	RéLIAN
8	Chronicopôle
9	Chronilux
10	PACT
11	RésiNam
12	BOOST

Protocol 3 projecten



1	Wegwijs
2	Zorg op maat bij opnamevraag
3	Cape
4	@ zorg
5	Gerontopsychiatrisch expertisecentrum Menos
6	Op maat
7	Thuiszorg 2.0
8	24u zorggarantie met zorgcoach
9	ZORG 24: Psychologische begeleiding ouderen /mantelzorgers
10	Langer thuis met extra zorg
11	Som+
12	OOTT & Zorgcirkels 24
13	Patients – Soignants-Aidants : une relation intégrée
14	A l'écoute du Bien- Etre du patient à domicile
15	SAGaDOM
16	Maintenir son lieu de vie à domicile – Equipe de soutien
17	Dionysos III
18	ASAPP
19	Projekt Selbstbestimmt leben (REK III)

Eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg



1	Netwerk Mentale Gezondheit Deutschsprachige Gemeinschaft		
2	Netwerk Noord West-Vlaanderen	22	WINGG
3	Netwerk Kwadrant	23	RADAR
4	Netwerk GGZ Zuid West Vlaanderen	24	YUNECO
5	Het PAKT	25	PANGG-018
6	Netwerk GGZ ADS	26	LIGANT
7	Emergo	27	REALISM
8	SaRa	28	MATILDA
9	SaVHA	29	KIRIKOU
10	Netwerk GGZ kempen	30	RHESEAU
11	Reling	31	ARCHIPEL
12	Noolim	32	BRUSTARS
13	Diletti		
14	RéSME		
15	Fusion Liège		
16	Réseau Santé Namur		
17	Réseau en santé mentale de la région du centre		
18	Réseau Santé mentale Hainaut		
19	Réseau 107 Luxembourg		
20	Brabant Wallon		
21	Netwerk Brussel		



63 Individuele projecten

Vlaanderen

Wallonië

Brussel

Duitstalige gemeenschap

Bijlage 13: Link Scirocco dimensies en steeds terugkerende topics

- A1
- A2
- A3
- A4
- A5



Definitie zorgcoördinatie en case management:

ANNEXE 1: Vision commune de la coordination des soins et de l'aide et du case management	BIJLAGE 1 : Gemeenschappelijke visie op zorgcoördinatie en casemanagement	<p>2. Assurer que ce plan de soins est exécuté, coordonner les soins pour garantir leur dispensation, leur continuité, et leur bonne intégration dans la vie quotidienne du bénéficiaire et de son aidant proche.</p> <p>3. Défendre les intérêts du bénéficiaire et de son aidant proche, dans toute situation de soins qui le requiert.</p> <p>4. Évaluer les résultats obtenus et adapter le plan de soins si nécessaire.</p> <p>Ces activités peuvent être exercées de manière informelle par le bénéficiaire lui-même ou son aidant proche. S'ils ne peuvent pas ou ne souhaitent pas réaliser ces activités, le patient désigne un professionnel parmi les prestataires de soins de l'équipe de soins² autour du patient.</p>	<p>2. Het verzekeren dat het zorgplan wordt uitgevoerd, de zorg coördineren om te garanderen dat die ononderbroken wordt verleend en goed in het dagelijkse leven van de rechthebbende en zijn mantelzorg wordt geïntegreerd.</p> <p>3. De belangen van de rechthebbende en zijn mantelzorg te verdedigen, in elke zorgsituatie die dat vereist.</p> <p>4. De verkregen resultaten te evalueren en het zorgplan indien nodig aan te passen.</p> <p>Deze activiteiten kunnen op een informele manier worden uitgeoefend door de rechthebbende zelf of zijn mantelzorg. Indien zij dit niet kunnen of wensen op te nemen duidt de patiënt hiervoor een professional aan uit de zorgverleners van het zorgteam³ rond de patiënt.</p>	<p>initié de préférence par le coordinateur de soins⁴.</p> <p>Quelles missions ?</p> <p>Le case manager tient le rôle de conseil et de médiateur du bénéficiaire et de son aidant proche. Il est la personne de référence pour le bénéficiaire, son aidant proche et les autres composantes de l'équipe de soins. Il est le facilitateur et l'accompagnateur du processus à l'égard de l'équipe de soins et de la situation de soins.</p> <p>Toutes les décisions sont prises en concertation avec le bénéficiaire, l'aidant proche et les autres composantes de l'équipe de soins.</p> <p>Il travaille toujours en étroite concertation avec les prestataires de l'équipe de soins ainsi qu'avec la personne qui exerce ou a récemment exercé la fonction de coordination des soins et de l'aide auprès du bénéficiaire.</p> <p>Il intervient de manière globale et intégrée. Il ne limite jamais son intervention à quelques aspects particuliers du suivi.</p> <p>Le case manager veille à ce qu'un bilan global de la situation soit établi, si celui-ci n'a pas encore été fait.</p> <p>Il veille à ce que la fonction de coordination des soins soit exercée, si cette fonction n'est pas encore assumée et s'avère néanmoins nécessaire au bon déroulement du processus de soins.</p> <p>Il veille à ce que le plan de soin soit établi et correctement appliqué, si cela n'a pas encore été fait.</p> <p>À la fin de chaque période d'intervention, il évalue les résultats obtenus avec les autres acteurs.</p> <p>Le case manager ne peut pas faire partie de l'équipe de soins qui entoure le bénéficiaire.</p> <p>Dans tous les cas, il fait preuve d'objectivité envers le bénéficiaire, son aidant proche et leur entourage (il ne prend pas parti dans les divergences d'opinion et</p>	<p>bij voorkeur geïnitieerd door de zorgcoördinator.⁴</p> <p>Welke opdrachten ?</p> <p>De casemanager vervult de rol van raadgever en bemiddelaar van de rechthebbende en van zijn mantelzorg. Hij is de referentiepersoon voor de rechthebbende, zijn mantelzorg en de andere partijen in de zorgteam. Hij is de facilitator en procesbegeleider t.a.v. het zorgteam en de zorgsituatie.</p> <p>Alle beslissingen worden genomen in overleg met de rechthebbende, de mantelzorg en de andere partijen in het zorgteam.</p> <p>Hij werkt steeds in nauw overleg samen met de zorgverleners van het zorgteam en ook met de persoon die zorgcoördinatie uitoefent of recentelijk heeft uitgeoefend bij de rechthebbende.</p> <p>Zijn interventie vindt plaats op een globale en geïntegreerde manier. Hij beperkt zijn interventie nooit tot enkele specifieke aspecten van de follow-up.</p> <p>De casemanager ziet erop toe dat er een globaal bilan van de situatie wordt opgesteld, indien dit nog niet zou gebeurd zijn.</p> <p>Hij ziet erop toe dat de functie van zorgcoördinatie wordt uitgeoefend, indien deze functie nog niet wordt opgenomen en toch noodzakelijk blijkt voor het goede verloop van het zorgproces.</p> <p>Hij ziet erop toe dat het zorgplan wordt opgesteld en correct wordt uitgevoerd, indien dit nog niet zou gebeurd zijn.</p> <p>Aan het eind van elke interventieperiode beoordeelt hij met de andere actoren de behaalde resultaten.</p> <p>Hij kan als casemanager geen deel uitmaken van het zorgteam rond een rechthebbende.</p> <p>In alle gevallen handelt hij objectief jegens de rechthebbende, zijn mantelzorg en hun naasten (hij kiest geen partij in mogelijke meningsverschillen en conflicten...), jegens</p>	<p>les conflits éventuels...), et envers les prestataires de soins (il s'abstient de prendre parti pour une conception de soins par rapport à une autre...).</p> <p>Quelles conditions ?</p> <p>La qualification / le diplôme du case manager n'est pas imposé : il est de préférence médecin, infirmier ou assistant social. Le case manager devra néanmoins satisfaire à certaines compétences, p. ex. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissance de la carte sociale ; • Connaissance des soins de santé et de bien-être ; • Connaissance des groupes cibles ; • Aptitudes à la communication ; • Connaissance des techniques de discussion ; • Aptitudes administratives, techniques et rédactionnelles ; • Aptitudes organisationnelles ; • Aptitudes en analyse et en résolution de problèmes. <p>Les dispositions relatives à l'exercice des professions des soins de santé telles que prévues dans la loi du 10 mai 2015 sont respectées.</p> <p>L'intervention du case manager est limitée dans le temps.</p>	<p>de zorgverleners (hij spreekt zijn voorkeur niet uit voor de ene zorgopvatting boven een andere...).</p> <p>Onder welke voorwaarden ?</p> <p>De kwalificatie/diploma van de casemanager wordt niet opgelegd: hij is bij voorkeur arts, verpleegkundige of maatschappelijk assistent. Wel zal een casemanager aan bepaalde competenties moeten voldoen zoals bv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kennis van de sociale kaart; • Kennis van de gezondheids- en welzijnszorg; • Kennis van de doelgroepen; • Communicatieve vaardigheden; • Gesprekstechnische vaardigheden; • Administratieve, technische en redactionele vaardigheden; • Organisatorische vaardigheden. • Probleemanalyse en probleemoplossend handelen. <p>De bepalingen inzake de uitoefening van de gezondheidsberoepen zoals voorzien in de wet 10 mei 2015 worden gerespecteerd.</p> <p>De interventie van een casemanager is beperkt in de tijd.</p>
Coordination des soins et de l'aide :	Zorgcoördinatie :	<p>2. Défendre les intérêts du bénéficiaire et de son aidant proche, dans toute situation de soins qui le requiert.</p>	<p>3. De belangen van de rechthebbende en zijn mantelzorg te verdedigen, in elke zorgsituatie die dat vereist.</p>	<p>Quelles missions ?</p>	<p>Welke opdrachten ?</p>	<p>Onder welke voorwaarden ?</p>	<p>Onder welke voorwaarden ?</p>
<p>« Un processus collaboratif d'évaluation, de planification, d'harmonisation et de défense des intérêts, pour que les options et services répondent aux besoins globaux en soins (et aux souhaits) de la personne et de son entourage, par le biais de la communication et des moyens disponibles, de façon à promouvoir des résultats de qualité au meilleur coût... »</p> <p>L'un des prestataires de soins de l'équipe de soins assume le rôle de coordinateur de soins.</p> <p>L'équipe de soins se compose de la personne qui a besoin de soins et d'assistance, ainsi que des soins informels et professionnels¹.</p>	<p>"Een collaboratief proces van evaluatie, planning, afstemming en belangenbehartiging, opdat de opties en diensten aan de globale zorgbehoeften (en wensen) van de persoon en zijn omgeving beantwoorden, via communicatie en beschikbare hulpmiddelen, om kwaliteitsvolle en kost-effectieve resultaten te bevorderen."</p> <p>Een van de zorgaanbieders uit het zorgteam neemt de rol van zorgcoördinator op.</p> <p>Het zorgteam bestaat uit de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de informele zorg en de professionele zorg¹.</p>	<p>Case management</p>	<p>Casemanagement</p>	<p>Il intervient de manière globale et intégrée. Il ne limite jamais son intervention à quelques aspects particuliers du suivi.</p>	<p>Zijn interventie vindt plaats op een globale en geïntegreerde manier. Hij beperkt zijn interventie nooit tot enkele specifieke aspecten van de follow-up.</p>	<p>Les dispositions relatives à l'exercice des professions des soins de santé telles que prévues dans la loi du 10 mai 2015 sont respectées.</p>	<p>De bepalingen inzake de uitoefening van de gezondheidsberoepen zoals voorzien in de wet 10 mei 2015 worden gerespecteerd.</p>
<p>Le processus de la coordination de soins et de l'aide est défini par l'ensemble des activités, qui consistent à :</p>	<p>Het proces van zorgcoördinatie wordt gedefinieerd door het geheel van de activiteiten; dit bestaat uit :</p>	<p>Dans quelle situation ?</p>	<p>In welke situatie ?</p>	<p>Le case manager veille à ce qu'un bilan global de la situation soit établi, si celui-ci n'a pas encore été fait.</p>	<p>De casemanager ziet erop toe dat er een globaal bilan van de situatie wordt opgesteld, indien dit nog niet zou gebeurd zijn.</p>	<p>Les dispositions relatives à l'exercice des professions des soins de santé telles que prévues dans la loi du 10 mai 2015 sont respectées.</p>	<p>De bepalingen inzake de uitoefening van de gezondheidsberoepen zoals voorzien in de wet 10 mei 2015 worden gerespecteerd.</p>
<p>1. Établir, en faveur du bénéficiaire, les objectifs de soins et un plan de soins comprenant :</p>	<p>1. De zorgdoelen en een zorgplan voor de rechthebbende op te stellen dat het volgende omvat:</p>	<p>Lorsque la coordination des soins ne suffit pas et que la personne et son aidant proche ne reçoivent pas les soins et le soutien dont ils ont besoin dans l'une ou plusieurs des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une perte d'autonomie décisionnelle du bénéficiaire et de son aidant proche ; - la complexité des soins requis ; - des difficultés de fonctionnement de l'équipe de soins entourant le bénéficiaire. <p>L'objectif du case management est de rétablir et de stabiliser la situation de soins du patient et la coordination des soins de façon à pouvoir revenir à un processus de soins de qualité.</p> <p>Le case management ne peut être démarré qu'à la demande de l'équipe de soins et est</p>	<p>Wanneer de zorgcoördinatie niet volstaat en de persoon en zijn mantelzorg niet de vereiste zorg en ondersteuning bekomen omw één of meer van de volgende mogelijke situaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een verlies van de beslissingsautonomie van de rechthebbende en zijn mantelzorg ; - de complexiteit van de nodige zorg ; - functioneringsproblemen van het zorgteam rond de rechthebbende. <p>Het case management heeft tot doel de zorgsituatie van de patiënt en de zorgcoördinatie te herstellen en te stabiliseren zodat het zorgproces terug kwaliteitsvol verder kan lopen.</p> <p>Case management kan maar opgestart worden op vraag van het zorgteam en wordt</p>	<p>Il veille à ce que la fonction de coordination des soins soit exercée, si cette fonction n'est pas encore assumée et s'avère néanmoins nécessaire au bon déroulement du processus de soins.</p>	<p>Hij ziet erop toe dat de functie van zorgcoördinatie wordt uitgeoefend, indien deze functie nog niet wordt opgenomen en toch noodzakelijk blijkt voor het goede verloop van het zorgproces.</p>	<p>Les dispositions relatives à l'exercice des professions des soins de santé telles que prévues dans la loi du 10 mai 2015 sont respectées.</p>	<p>De bepalingen inzake de uitoefening van de gezondheidsberoepen zoals voorzien in de wet 10 mei 2015 worden gerespecteerd.</p>
<p>a) le bilan global de la situation du bénéficiaire et de ses aidants proches d'un point de vue physique, psychologique, fonctionnel, social et matériel, - moyennant les instruments existants (p.ex. BeiRAI) et en tenant compte des objectifs de vie du bénéficiaire ;</p>	<p>a) het globaal bilan van de situatie van de rechthebbende en van zijn mantelzorgers vanuit fysiek, psychologisch, functioneel, sociaal en materieel oogpunt - op basis van bestaande instrumenten (bijvoorbeeld BeiRAI) en rekening houdend met de levensdoelen van de rechthebbende ;</p>	<p>2. Un travailleur social faisant partie d'un service de soins à domicile ou d'un centre de coordination fait également partie de l'équipe de soins (bien qu'il ne pose aucun acte direct)</p>	<p>3. Ook een maatschappelijk werker van een thuiszorgdienst of van een centre de coördination maakt deel uit van het zorgteam (hoewel hij of zij geen rechtstreekse zorghandelingen stelt).</p>	<p>Le case manager ne peut pas faire partie de l'équipe de soins qui entoure le bénéficiaire.</p>	<p>Hij kan als casemanager geen deel uitmaken van het zorgteam rond een rechthebbende.</p>	<p>Les dispositions relatives à l'exercice des professions des soins de santé telles que prévues dans la loi du 10 mai 2015 sont respectées.</p>	<p>De bepalingen inzake de uitoefening van de gezondheidsberoepen zoals voorzien in de wet 10 mei 2015 worden gerespecteerd.</p>
<p>b) l'inventaire des besoins en soins et de soutien du bénéficiaire et des souhaits que lui-même et son aidant proche expriment à ce sujet ;</p>	<p>b) de inventaris van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de rechthebbende en van de wensen die hijzelf en zijn mantelzorg daarover hebben ;</p>	<p>3. Ook een maatschappelijk werker van een thuiszorgdienst of van een centre de coördination maakt deel uit van het zorgteam (hoewel hij of zij geen rechtstreekse zorghandelingen stelt).</p>	<p>3. Ook een maatschappelijk werker van een thuiszorgdienst of van een centre de coördination maakt deel uit van het zorgteam (hoewel hij of zij geen rechtstreekse zorghandelingen stelt).</p>	<p>Le case manager ne peut pas faire partie de l'équipe de soins qui entoure le bénéficiaire.</p>	<p>Hij kan als casemanager geen deel uitmaken van het zorgteam rond een rechthebbende.</p>	<p>Les dispositions relatives à l'exercice des professions des soins de santé telles que prévues dans la loi du 10 mai 2015 sont respectées.</p>	<p>De bepalingen inzake de uitoefening van de gezondheidsberoepen zoals voorzien in de wet 10 mei 2015 worden gerespecteerd.</p>
<p>c) le relevé des moyens qui permettent de répondre adéquatement à ces besoins et à ces souhaits ;</p>	<p>c) het overzicht van de middelen waarmee adequaat aan die behoeften en wensen kan worden voldaan ;</p>	<p>3. Ook een maatschappelijk werker van een thuiszorgdienst of van een centre de coördination maakt deel uit van het zorgteam (hoewel hij of zij geen rechtstreekse zorghandelingen stelt).</p>	<p>3. Ook een maatschappelijk werker van een thuiszorgdienst of van een centre de coördination maakt deel uit van het zorgteam (hoewel hij of zij geen rechtstreekse zorghandelingen stelt).</p>	<p>Le case manager ne peut pas faire partie de l'équipe de soins qui entoure le bénéficiaire.</p>	<p>Hij kan als casemanager geen deel uitmaken van het zorgteam rond een rechthebbende.</p>	<p>Les dispositions relatives à l'exercice des professions des soins de santé telles que prévues dans la loi du 10 mai 2015 sont respectées.</p>	<p>De bepalingen inzake de uitoefening van de gezondheidsberoepen zoals voorzien in de wet 10 mei 2015 worden gerespecteerd.</p>
<p>d) le choix des prestataires qui fourniront les soins adéquats ;</p>	<p>d) de keuze van de zorgverleners die de adequate zorg zullen verlenen ;</p>	<p>3. Ook een maatschappelijk werker van een thuiszorgdienst of van een centre de coördination maakt deel uit van het zorgteam (hoewel hij of zij geen rechtstreekse zorghandelingen stelt).</p>	<p>3. Ook een maatschappelijk werker van een thuiszorgdienst of van een centre de coördination maakt deel uit van het zorgteam (hoewel hij of zij geen rechtstreekse zorghandelingen stelt).</p>	<p>Le case manager ne peut pas faire partie de l'équipe de soins qui entoure le bénéficiaire.</p>	<p>Hij kan als casemanager geen deel uitmaken van het zorgteam rond een rechthebbende.</p>	<p>Les dispositions relatives à l'exercice des professions des soins de santé telles que prévues dans la loi du 10 mai 2015 sont respectées.</p>	<p>De bepalingen inzake de uitoefening van de gezondheidsberoepen zoals voorzien in de wet 10 mei 2015 worden gerespecteerd.</p>
<p>e) l'organisation pratique de ces soins.</p>	<p>e) de praktische organisatie van die zorg.</p>	<p>3. Ook een maatschappelijk werker van een thuiszorgdienst of van een centre de coördination maakt deel uit van het zorgteam (hoewel hij of zij geen rechtstreekse zorghandelingen stelt).</p>	<p>3. Ook een maatschappelijk werker van een thuiszorgdienst of van een centre de coördination maakt deel uit van het zorgteam (hoewel hij of zij geen rechtstreekse zorghandelingen stelt).</p>	<p>Le case manager ne peut pas faire partie de l'équipe de soins qui entoure le bénéficiaire.</p>	<p>Hij kan als casemanager geen deel uitmaken van het zorgteam rond een rechthebbende.</p>	<p>Les dispositions relatives à l'exercice des professions des soins de santé telles que prévues dans la loi du 10 mai 2015 sont respectées.</p>	<p>De bepalingen inzake de uitoefening van de gezondheidsberoepen zoals voorzien in de wet 10 mei 2015 worden gerespecteerd.</p>

DEUXIÈME RAPPORT INTERMÉDIAIRE

Programme du Plan interfédéral d'aide et de soins intégrés¹

Une boussole collective et partagée pour réaliser de soins intégrés pour les citoyens

Partie B

Ce deuxième rapport intermédiaire fait partie du programme du Plan Interfédéral d'Aide et de Soins Intégrés et présente l'état d'avancement de la deuxième phase du programme en 2023. Le rapport regroupe nombreuses lignes de pensée différentes sur l'aide et les soins intégrés et tente d'identifier les questions qui peuvent finalement conduire à une position unifiée et cohérente à ce sujet en Belgique. Par conséquent, le rapport contient le raisonnement, développe les concepts (préliminaires) et fournit une boussole de contenu large. Il constitue la base de l'élaboration d'accords interfédéraux concrets entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, qui ont été traduits en un protocole d'accord.

¹ La terminologie utilisée diffère selon les entités fédérées ; dans le texte français, le terme "l'aide et les soins intégrés" est utilisé, tandis que dans le texte néerlandais, le terme "geïntegreerde zorg" est utilisé à cette fin qui englobe les domaines des « zorg » et « welzijn ». Pour la Wallonie, le terme "accompagnement" est utilisé pour « welzijn ». Dans la Communauté germanophone, on utilise le terme "Gesundheitsversorgung" pour « zorg en welzijn », et le terme "Integrierte Versorgung" pour « geïntegreerde zorg ».

Situation du deuxième rapport intermédiaire

Ce rapport concernant l'état d'avancement vise à faire le point sur le programme Interfédéral d'aide et de soins intégrés (PIF ASI) qui a été initié par le cabinet Vandembroucke, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et du service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Dans le cadre de ce programme, une collaboration étroite est également mise en place avec les administrations compétentes de la Flandre, de la Wallonie, de Bruxelles, de la communauté germanophone, ainsi qu'avec les cabinets des ministres Crevits, Morreale, Maron et Antoniadis. Le programme a débuté en juin 2022 pour une période de 30 mois et comprend les éléments suivants :

- Préparation d'un Plan Interfédéral d'Aide et de Soins Intégrés
- Soutien à 3 types de groupes de projets : 12 partenariats d'aide et de soins intégrés, 19 projets Protocole 3 et 32 projets dans le cadre de la convention sur les soins psychologiques de 1re ligne

Elaboration du "deuxième rapport intermédiaire PIF ASI"

Depuis janvier 2023, la phase 2 du programme PIF ASI a démarré. A partir de 13 thèmes de la phase 1 (2022), cinq leviers concrets ont été explorés ces derniers mois pour donner un focus et un contenu à ce Plan Interfédéral, à savoir :

- Coordination des soins et de l'aide et case management, y compris le lien avec les processus de soins
- Travail interdisciplinaire
- Organisation d'aide et de soins intégrés au niveau méso
- Digitalisation pour soutenir/faciliter ce qui est mentionné ci-dessus
- Financement pour soutenir/faciliter ce qui est mentionné ci-dessus

Tout au long de l'élaboration de ces cinq leviers, une attention constante a été accordée au renforcement de la position de la personne ("*patient empowerment*").

Au cours de la première moitié de la phase 2, ces 5 sous-parties ont été développées en termes de contenu dans le **deuxième rapport intermédiaire**. Ils contiennent des concepts clés pour la réalisation de l'aide et des soins intégrés aux niveaux micro, méso et macro et forment ainsi la base du Plan Interfédéral en préparation.

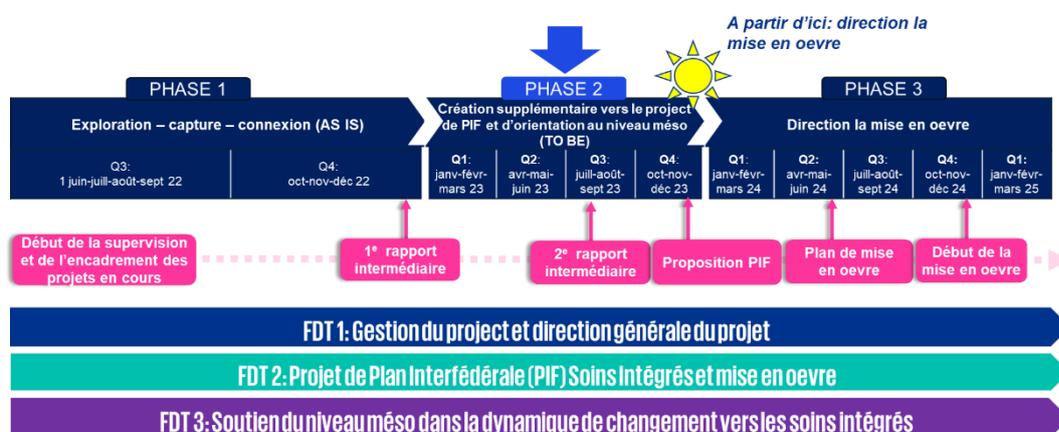


Image 1 : les différentes phases du programme du Plan Interfédéral d'Aide et de Soins Intégrés

Description du processus

Le deuxième rapport intermédiaire PIF ASI s'est fait par le biais d'une **dynamique de concertation** sur différents fronts : coordination bilatérale entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées, discussions collectives avec ces acteurs, un deuxième forum des parties prenantes avec un groupe de parties prenantes plus large, concertation avec des experts académiques, concertation internationale (Health Standards Organization HSO), alignement politique et la consultation des acteurs de terrain par le biais des 3 groupes de projet en cours liés à l'aide et les soins intégrés. Ainsi, ce texte tente d'identifier les nombreuses et différentes idées autour des thèmes susmentionnés, afin d'arriver à une position unifiée et cohérente sur l'aide et les soins intégrés en Belgique.

En même temps, le besoin de **clarifier un ensemble d'engagements** s'est fait de plus en plus sentir. On ne part pas d'une feuille blanche. Au contraire, de nombreuses initiatives concernant l'aide et les soins intégrés sont en cours dans chaque entité fédérée et au sein du gouvernement fédéral. Le plan interfédéral pour l'aide et les soins intégrés prend forme dans un contexte en évolution permanente où des questions très concrètes émergent et nécessitent des engagements concrets.

Après des moments de coordination bilatérale récurrents avec les entités fédérées et l'autorité fédérale, huit accords concrets ont été formulés et confirmés conjointement, puis consignés dans un protocole d'accord approuvé par la Conférence Interministérielle Santé publique le 8 novembre 2023.

Les étapes suivantes

Les prochaines étapes consistent actuellement à poursuivre la rédaction et l'élaboration d'une stratégie de mise en œuvre. Celle-ci guidera la mise en œuvre pratique du programme pour l'année à venir et garantira que les engagements pris sont mis en œuvre de manière efficace.

Table des matières Partie B

B 0. Introduction: vers un cadre générique basé sur une vision partagée et des principes communs	6
B 0.1 Contexte actuel des soins de santé en Belgique et description de l'histoire de soins et de l'aide intégrés	6
B 0.2 Nécessité d'une dynamique de changement belge unifiée et d'un plan d'accompagnement vers l'aide et les soins intégrés	7
B 0.2.1 Les éléments clés du plan interfédéral	9
B 1. Aide et soins intégrés au niveau micro	12
B 1.1 Travail interdisciplinaire	12
B 1.2 Les parcours de soins en cours de développement ou futurs	13
B 1.2.1 Situation actuelle et défis en matière de (création de) parcours de soins	13
B 1.2.2 Pour les parcours de soins existants : Réalisation de la continuité des soins dans la pratique	15
B 1.2.3 Pour les futurs parcours de soins : vers un processus de collaboration structurelle pour une mise en œuvre cohérente des concepts des SI	15
B 1.2.4 Alignement entre les parcours de soins et les soins coordonnés pour la santé et le bien-être	17
B 1.3 Soins coordonnés pour la santé et le bien-être	17
B 1.3.1 État actuel de la mise en œuvre de la coordination des soins et de l'aide et du case management	17
B 1.3.2 Profil de compétences pour la coordination des soins et de l'aide	18
Tâches	18
Rôle	20
Démarrage, durée et fin	20
Type de professionnels de l'aide et/ou des soins et compétences	21
B 1.3.3 Profil de compétences pour le case management	22
Tâches	22
Fonction	23
Démarrage, durée et fin	23
Type de professionnels de l'aide et/ou des soins et compétences	24
B 1.3.4 Organisation de la capacité, la gestion et l'évaluation de la coordination des soins et de l'aide et le case management	25
<i>Pour la coordination des soins et de l'aide:</i>	25
Pour le case management:	25
Assurer l'intégration horizontale et verticale des soins	26
B 1.3.5 Distinction entre la coordination des soins et de l'aide et du case management	26
B 1.3.6 Distinction entre la coordination des soins et de l'aide indemnisable et non indemnisable	26
B 2. Organiser l'aide et les soins intégrés au niveau locorégional	27

B 2.1	Principes de bases	27
B 2.2	La forme de l'unité au niveau méso	29
B 2.3	Les missions de l'unité au niveau méso	29
B 2.4	Quels sont les acteurs qui font partie de cette unité et comment cela se traduit-il dans la gouvernance au niveau méso ?	33
B 2.5	L'unité en interaction avec les niveaux micro et macro : gouvernance	33
B 3.	Aide et soins intégrés facilités par le niveau macro : la digitalisation	34
B 3.1	Besoin actuel de digitalisation pour l'aide et les soins intégrés	34
B 3.2	Futurs outils digitaux pour l'aide et les soins intégrés	34
B 3.2.1	Un dossier électronique intégré pour l'équipe interdisciplinaire	34
	Pertinence pour le PIF aide et soins intégrés	34
	Projets pertinents dans le cadre du plan d'action eSanté pour la réalisation du PIF de l'aide et des soins intégrés	35
	Points d'attention du plan d'action eSanté pour la réalisation de l'aide et des soins intégrés	36
B 3.2.2	Un outil digital pour la communication et la collaboration au sein d'une équipe interdisciplinaire	36
	Pertinence pour le PIF aide et soins intégrés	36
	Projets pertinents dans le cadre du plan d'action eSanté pour la réalisation du PIF de l'aide et des soins intégrés	37
	Points d'attention du plan d'action eSanté pour la réalisation de l'aide et des soins intégrés	38
B 3.2.3	Un tableau de bord pour déverrouiller les données au niveau de la population	38
	Pertinence pour le PIF aide et soins intégrés	38
	Éléments à inclure pour réaliser l'utilisation secondaire des données au niveau micro	39
	Éléments à inclure pour réaliser l'utilisation secondaire des données au niveau méso	39
	Éléments à inclure pour parvenir à une utilisation secondaire des données au niveau macro	40
B 4.	Vers une collaboration structurelle au niveau macro pour le suivi de l'aide et des soins intégrés en Belgique	41
B 4.1	Une gouvernance appropriée pour le suivi et la gestion des SI	41
B 4.2	La capacité de changement et de transition nécessaire	41
B 5.	Annexes	42
B 5.1	Annexe 1: les 13 thèmes récurrents de la phase 1 du programme PIF ASI	42
B 5.2	Annexe 2: les différentes définitions et perspectives de l'aide et des soins intégrés	42
B 5.3	Annexe 3: stakeholder groups involved in integrated care	43
B 5.4	Annexe 4 : Besoins capturés en matière de communication et de partage de données en termes d'outils digitaux sur le terrain	44

B0. Introduction: vers un cadre générique basé sur une vision partagée et des principes communs

B0.1 Contexte actuel des soins de santé en Belgique et description de l'histoire de soins et de l'aide intégrés

En Belgique, depuis plusieurs années, une réflexion est menée pour faire face aux défis de notre système de soins et de l'aide : évolution de la demande de soins (de plus en plus chroniques et complexes, entre autres), la digitalisation, l'autonomie et l'empowerment de la personne, les nouvelles options thérapeutiques, la pénurie de professionnels dans les secteurs, la nécessité de pouvoir gérer le budget des soins, la fragmentation des soins, la socialisation des soins, ...

La question qui se pose ici est de savoir comment les soins et l'aide peuvent être organisés de manière à mettre davantage la personne⁴ au centre des préoccupations. Le terme "personne" désigne "la personne qui a besoin de soins ou d'aide". Ce besoin peut être explicitement exprimé, mais aussi implicitement présent, en particulier dans le contexte de la prévention. Une meilleure intégration des soins et de l'aide en fonction de cette personne ayant des besoins de soins semble être une réponse à cette question, et nous constatons que les entités régionales et fédérales mettent en œuvre des réformes dans le cadre de leurs compétences qui y contribuent.

- C'est le cas du gouvernement fédéral, par exemple, avec la création d'une ligne budgétaire transversale dans le budget de l'assurance soins de santé. Cette ligne vise à coordonner les nouveaux investissements dans les soins de santé en fonction des objectifs de soins de santé, notamment de l'aide et des soins intégrés, en gardant à l'esprit à la fois l'intégration verticale et horizontale.
- Les communautés ont réformé ou sont en train de réformer leur première ligne de soins, en mettant l'accent, entre autres, sur le renforcement du lien entre les domaines des soins et de l'aide (voir la reconnaissance des zones de première ligne en Flandre par le biais du décret sur l'organisation des soins de première ligne, le programme "Proxisanté" en Région wallonne, le plan social et de santé intégré à Bruxelles ("PSSI") et le projet "Gemeinsam für eine integrierte Versorgung in Ostbelgien" - qui va au-delà des soins de première ligne dans la Communauté germanophone

Ces réformes ont en commun une certaine forme de décentralisation vers des populations territorialement définies. L'ambition partagée est d'évoluer vers des soins centrés sur la personne et la communauté, où les soins sont adaptés aux besoins et aux exigences d'une population définie (gestion de la population). En d'autres termes, on passe d'une approche des soins de santé plutôt axée sur la maladie à une approche axée sur la santé publique et l'aide (public health). Cela se manifeste également dans la perspective de la santé mentale publique, à laquelle répond l'organisation et le financement des soins psychologiques de première ligne⁵.

Le concept d'aide et de soins intégrés (ASI) est l'un des points phares de ce nouveau mouvement, voir aussi la définition de l'OMS :

⁴ L'expression "de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood" utilisée dans la version néerlandaise est conforme à la réglementation flamande. La version française utilise le terme global "la personne", ce qui est conforme à la réglementation wallonne/bruxelloise. La réglementation allemande parle de "Personen welche einen Bedarf" ou de "Bürger".

⁵ Annexe 3 à la note 2021/239 du Comité des assurances sur l'organisation et le financement des soins psychologiques primaires

"L'aide et les soins intégrés sont définis comme une approche visant à améliorer les systèmes de santé basés sur la population en promouvant des services complets de qualité tout au long de la vie d'un individu, conçus en fonction des besoins multidimensionnels de la population/de l'individu et fournis par une équipe multidisciplinaire coordonnée de professionnels travaillant dans différents contextes et à différents niveaux. Il devrait être géré efficacement pour garantir des résultats optimaux et une utilisation appropriée des ressources sur la base des meilleures données disponibles. Ceci avec un circuit continu de retour d'information pour améliorer en permanence les performances et traiter les causes de la mauvaise santé à un stade précoce et promouvoir le bien-être par des actions inter- et multisectorielles".

Pour avoir un impact maximal, les soins et l'aide doivent être organisés de la manière la plus intégrée possible. Le contexte belge rend cette question complexe, car les compétences en matière de santé et de l'aide sont réparties entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées tel que décrit dans l'article 5 de la loi spéciale de réformes institutionnelles (LSRI) du 8 août 1980.

Comme les compétences en matière de politique de santé sont exercées par différents gouvernements en Belgique, il est essentiel qu'il y ait une bonne coopération entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées. Il s'agit également d'une demande explicite des acteurs de soins et de l'aide, pour qui la cohérence et la lisibilité du système de soins et de l'aide font parfois défaut en raison des différentes initiatives des gouvernements.

Cette coopération est une nécessité politique qui doit pouvoir être garantie par les Conférences interministérielles de la santé publique (CIM). D'où la nécessité d'un plan interfédéral d'aide et de soins intégrés, dans lequel des accords sont conclus pour réaliser l'aide et les soins intégrés à partir d'un cadre de référence générique commun et dans lequel sont établies les bases d'une coopération structurelle.

B.0.2 Nécessité d'une dynamique de changement belge unifiée et d'un plan d'accompagnement vers l'aide et les soins intégrés

L'aide et les soins intégrés en tant que tels ne sont pas un concept entièrement nouveau, ils sont à l'ordre du jour depuis de nombreuses années. Par exemple, en 2015 déjà, dans le cadre de la Conférence interministérielle (CIM), un plan commun pour les malades chroniques "Aide et soins intégrés pour une meilleure santé" a été approuvé par les ministres de la santé des entités fédérées et le gouvernement fédéral. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) suit également de près l'aide et les soins intégrés. Il a déjà dressé plusieurs bilans de l'état d'avancement de l'aide et des soins intégrés en Belgique, suggérant des domaines d'action.

L'aide et les soins intégrés sont fortement guidés par le Quintuple Aim (5AIM) ⁶, qui vise à améliorer les soins par le biais de cinq objectifs :

1. Améliorer l'expérience des soins pour les personnes ;
2. Améliorer des résultats en matière de santé au niveau de la population ;
3. Obtenir plus de valeur avec les mêmes ressources grâce à une utilisation plus efficace des

⁶ Lambert Anne-Sophie, Op de Beeck Susanne, Herbaux Denis, Macq Jean, Rappe Pauline, Schmitz Olivier, Schoonvaere Quentin, Van Innis Anna Luisa, Vandenbroeck Philippe, De Grootte Jesse, Schoonaert Lies, Verduyck Helen, Vlaemyck Marieke, Bourgeois Jolyce, Lefèvre Mélanie, Van den Heede Koen, Benahmed Nadia. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 359A. DOI: 10.57598/R359AS.

- ressources disponibles ;
4. Améliorer le bien-être des professionnels de santé et du secteur social;
 5. Améliorer l'équité en santé et dans le secteur social (health equity).

Ce qui précède peut-être utilisé comme une "boussole" pour progresser pas à pas dans l'évolution des SI, une évolution dont le consensus semble être qu'en fin de compte, tant les personnes que les professionnels des soins en bénéficieront. Il est important d'appliquer le Quintuple Aim non seulement aux soins, mais également au bien-être, et d'intégrer les deux composantes dans une approche globale.

Cependant, plusieurs facteurs contextuels font que l'évolution vers l'aide et les soins intégrés en Belgique est relativement lente, avec de nombreux points d'interrogation sur ce à quoi ressemble l'aide et les soins intégrés dans la pratique. En effet, il existe un grand nombre d'idées, de normes, de guides et d'exemples d'application à l'étranger. Cependant, il n'existe pas de manuel ou de ligne directrice univoque décrivant ce à quoi cela ressemble spécifiquement en Belgique, ni comment cela peut être réalisé exactement. En outre, plusieurs raisons expliquent pourquoi il n'est pas facile de trouver une recette belge univoque pour les soins (et l'aide) intégrés. Nous présentons ci-dessous quelques-unes de ces raisons :

- La première raison est qu'en Belgique, les soins et l'aide relèvent de facto de compétences réparties entre les niveaux politiques fédéral et régional (ainsi qu'au niveau de la politique locale), comme indiqué plus haut. Cette répartition des compétences rend la coopération nécessaire, mais aussi difficile.
- La deuxième raison est le système de santé belge, avec sa multitude d'acteurs impliqués : y compris les mutuelles, diverses organisations représentant les personnes, les professionnels de soins et de l'aide et les travailleurs ; les organisations de l'aide et des soins et les professionnels des soins et de l'aide. Ces parties prenantes travaillent de manière très fragmentée sur le terrain, chaque organisation commençant par élaborer ses propres politiques qui sont peu alignées les unes avec les autres. Ce type de raisonnement en silo entrave la coopération et l'intégration des soins et de l'aide dans la pratique. Autres caractéristiques typiques de notre système sont : le financement solidaire par la sécurité sociale, le financement principalement « fee-for-service », la gestion paritaire et le système de concertation avec les acteurs des soins de santé et le pilotage par le SPF Santé publique et l'INAMI au niveau fédéral, un secteur social fortement développé par les CPAS et les organisations à but non lucratif au niveau communautaire et un pilotage gouvernemental soutenu par des agences ou des départements. La fragmentation aux niveaux micro et méso est également présente au niveau macro. Après tout, en tant que gouvernement, cela nous rend dépendants du soutien sur le terrain pour prendre des mesures dans la bonne direction et réaliser le changement.
- Un troisième facteur est que les besoins, les exigences et les intérêts des organisations, des professionnels et des personnes en matière d'aide et de soins intégrés peuvent différer les uns des autres. Ces différents points de vue compliquent la définition ou l'interprétation univoque du concept d'aide et de soins intégrés. En effet, de nombreux changements sont intervenus dans la pratique au cours des dernières décennies, tels que l'augmentation du nombre d'options thérapeutiques, l'évolution vers des soins plus chroniques, l'attention accrue portée aux préférences et aux objectifs personnels des personnes, et la digitalisation croissante qui a permis aux personnes de s'informer plus facilement et de surveiller leurs propres données de santé.
- Une quatrième raison qui complique une approche uniforme est la grande variation régionale concernant le contexte dans lequel l'aide et les soins intégrés doivent être

organisés. La Flandre et la Wallonie desservent toutes deux une plus grande zone géographique où l'on parle principalement la même langue, tandis que Bruxelles couvre une zone multilingue plus petite avec une densité de population très élevée et des défis typiques liés à un contexte métropolitain, et la Communauté germanophone dessert une petite zone frontalière où plusieurs langues sont parlées. De plus, chacune de ces communautés à sa propre vitesse et point de départ à partir desquels les changements vers de l'aide et des soins intégrés sont mis en œuvre.

- Une cinquième raison finalement est qu'il existe non seulement des besoins et des visions différents dans la pratique, mais aussi des interprétations variables de l'aide et des soins intégrés dans les perspectives théoriques. La cause réside dans les différentes perspectives à partir desquelles on part, par exemple, du point de vue de la personne⁷, du manager de soins⁸ ou d'une perspective de soins chroniques⁹ à une perspective plus orientée vers les processus¹⁰ et "l'ensemble du système"¹¹. Pour certains exemples, nous nous référons à la définition supérieure utilisée par l'OMS, européenne (perspective du système de santé), ainsi qu'à l'annexe 2. Cette annexe contient d'autres définitions qui, selon la littérature, sont les plus importantes en matière d'aide et de soins intégrés, en plus de la définition de l'OMS.

C'est précisément pour ces raisons qu'il semble de plus en plus nécessaire d'élaborer une stratégie collectivement partagée pour amorcer la dynamique de changement vers l'aide et les soins intégrés. L'une des composantes de cette stratégie est l'élaboration d'un plan interfédéral pour l'aide et les soins intégrés, décrivant ce que sera la prochaine étape de l'aide et des soins intégrés dans la pratique. Les éléments clés de ce plan interfédéral sont présentés ci-dessous.

BO.2.1 Les éléments clés du plan interfédéral

Lors d'une phase préparatoire du projet sous-jacent visant à élaborer un plan interfédéral, il est apparu clairement que de nombreux éléments de l'aide et des soins intégrés étaient particulièrement pertinents (voir l'annexe 1). En même temps, une forte demande de focalisation et de faisabilité est apparue rapidement. Pour **réaliser le quintuple objectif et l'aide et les soins intégrés**, des éléments clés à trois niveaux sont spécifiquement pris en compte : les niveaux micro, méso et macro.

Le modèle arc-en-ciel de Valentijn et al. (2013) - voir figure ci-dessous, un modèle largement utilisé pour la mise en place d'aide et de soins intégrés dans la pratique - suggère que différents degrés d'intégration des soins sont nécessaires à différents niveaux et que des efforts simultanés doivent être déployés à chacun de ces niveaux. D'une part, on trouve horizontalement les principes des soins centrés sur la personne et sur la population, et verticalement les différents niveaux allant du micro au macro en passant par le méso.

Le lien entre le PIF et le modèle arc-en-ciel se présente comme suit :

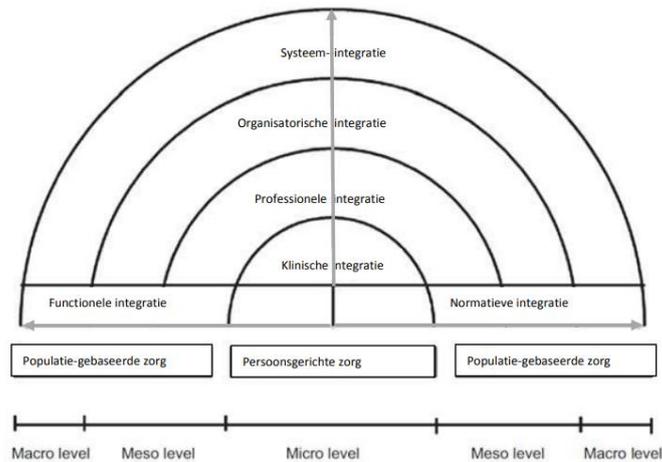
⁷ National Voices. A narrative for person-centred coordinated care [Web page].2013 [cited 18/05/2022]. Available from: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/nvnarrative-cc.pdf>

⁸ Contandriopoulos A, Denis J, Nassera T, Rodriguez C. The integration of health care: Dimensions and implementation. Working Paper. Montreal: Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé: Université de Montréal; 2003. Available from: <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/n04-01.pdf>

⁹ Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? : WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2014

¹⁰ Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. Int J Integr Care. 2002;2:e12

¹¹ van Duijn S, Zonneveld N, Lara Montero A, Minkman M, Nies H. Service Integration Across Sectors in Europe: Literature and Practice. Int J Integr Care. 2018;18(2):6



- a) Au niveau micro, c'est-à-dire en mettant l'accent sur l'intégration au niveau individuel ¹² dans laquelle le traitement et le soutien d'une personne sont unifiés :
- Nous faisons le lien avec les processus d'aide et de soins, en particulier avec les parcours de soins (ou des parcours de soins, voir ci-dessous), qui sont liés aux objectifs et aux besoins plus larges de la personne. Nous examinons comment travailler à partir de l'élaboration d'un parcours de soins dans un processus d'alignement, de coopération (interfédérale) et d'alignement conceptuel.
 - Nous examinons les autres éléments nécessaires pour rendre la coopération interdisciplinaire possible de manière optimale, en particulier la manière dont les professionnels de l'aide et des soins peuvent être aidés à travailler en équipe de manière interdisciplinaire, et la manière dont la personne joue un rôle à cet égard.
 - Nous examinons quand, comment et quelles activités (par exemple, la coordination des soins et de l'aide, le case management) peuvent être considérées comme des leviers puissants d'intégration, en vue d'un cadre générique et commun.
- b) Au niveau méso, c'est-à-dire en se concentrant sur l'intégration professionnelle et organisationnelle où les différents processus de soins et de l'aide sont alignés :
- Nous examinons à quoi peut ressembler l'organisation de l'aide et des soins intégrés au niveau méso en Belgique, c'est-à-dire quelle forme prend un tel niveau méso, quelles missions (exemple gestion de population, gestion du changement, ...) sont assumées par quels types d'acteurs, d'organisations, de réseaux, d'institutions, ... au niveau locorégional. Il s'agit également de se pencher sur des missions telles que la gestion de la population.
- c) Au niveau macro' c'est-à-dire qu' l'accent est mis sur l'intégration des systèmes et digitalisation afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins :
- Ici, nous nous intéressons principalement à la digitalisation et plus spécifiquement au support digital nécessaire pour soutenir les professionnels des soins et de l'aide et les citoyens dans le mouvement d'intégration ; ainsi que la manière dont le soutien digital peut prendre forme cf. les initiatives déjà en cours.
- d) À plusieurs niveaux (multi-niveaux) :

¹² Dans ce contexte, l'intégration clinique doit être comprise au sens large du terme, en relation avec les soins et l'aide centrés sur la personne.

- Nous examinons ici spécifiquement les modalités de financement e' d'indemnisation qui peuvent être appliquées pour encourager financièrement les concepts et les activités mentionnés ci-dessus.

Ce qui est important' c'est qu'il s'agit d'un **changement systémique** et simultané vers l'aide et les soins intégrés, c'est-à-dire que la **totalité des éléments et leur interconnexion** sont nécessaires pour déployer cette évolution de manière efficace. Lors de l'élaboration des éléments clés de l'aide et des soins intégrés aux niveaux micro, méso et macro, les autres éléments de l'aide et des soins intégrés (identifiés lors de la phase 1) sont appliqués immédiatement. Parmi les exemples, on peut citer la personne au centre et l'empowerment, de l'intégration horizontale et verticale des soins et de l'aide (cf. continuité des soins) et du soutien du réseau informel d'une personne dans son contexte de vie. Cela signifie également que toutes les parties prenantes, à tous les niveaux, doivent contribuer à soutenir cette évolution. En ce sens, ils sont tous des partenaires à part entière dans l'élaboration de ces collaborations, connexions et liens.

Dans ce qui suit, nous abordons un par un les différents niveaux (du micro, au méso, au macro et au multi-niveau) auxquels l'aide et les soins intégrés peuvent être réalisés.

B1. Aide et soins intégrés au niveau micro

Dans ce chapitre, nous examinons de plus près les soins autour (et avec) de la personne, à savoir au niveau micro. À ce niveau, les professionnels des soins et de l'aide interagissent étroitement avec la personne. En effet, nous partons du principe que, si une personne a besoin de soins et/ou de l'aide, la personne a donc besoin d'aide et de soins intégrés (consciemment ou inconsciemment dans le cadre, par exemple, de la prévention). Cela implique une série d'activités de soins et de l'aide qui, ensemble, forment un processus des soins et de l'aide. Les soins centrés sur la personne et orientés vers les objectifs de la personne sont les points de départ de ces processus, qui sont mis en place par une équipe interdisciplinaire.

Sur la base de cette approche centrée sur la personne, des professionnels de différentes disciplines peuvent être impliqués, ce qui nécessite une coopération interdisciplinaire. Les aspects typiques de cette coopération peuvent être la (ré)orientation, la concertation, l'évaluation, la planification, la prescription, la collaboration, le transfert, la sortie de l'hôpital, le partage de données, etc. Sur la base des besoins de soins et d'aide de la personne, l'équipe interdisciplinaire peut concevoir un plan de soins et de l'aide adapté à la personne.

Dans certaines circonstances, la personne peut avoir besoin de processus de soins et d'aide spécifiques, décrits sur la base de situations ou de pathologies spécifiques et visant à assurer le suivi, à garantir et à améliorer la qualité du processus que traverse la personne atteinte de ce problème/pathologie ou qui traverse une situation de vie spécifique¹³. En Belgique, ces processus sont souvent traduits en parcours de soins. Les aspects typiques de ces parcours peuvent inclure une éducation spécifique, certaines règles de financement privé, des collaborations privilégiées entre certains acteurs...

Lors de l'élaboration du processus d'aide et de soins d'une personne, il est important que les différentes activités incluses, qu'elles soient génériques ou spécifiques, soient coordonnées les unes avec les autres. La coordination des soins et de l'aide et si besoin le case management assurent ainsi la coordination et l'alignement nécessaires des soins et/ou de l'aide d'une personne.

En outre, dans le cadre de la sixième réforme de l'État, un certain nombre de compétences ont été transférées du gouvernement fédéral aux entités fédérées, telles que les réseaux multidisciplinaires locaux, les services intégrés de soins à domicile et les réseaux palliatifs. Dans ces parcours également, il est important de donner la même interprétation aux soins coordonnés et de faire le lien avec les concepts décrits ci-dessus dans ce plan interfédéral.

B1.1 Travail interdisciplinaire

Comme indiqué précédemment, l'un des principaux défis du secteur des soins et de l'aide est de faire face à l'évolution et à l'augmentation constante des demandes. Par exemple, les processus de soins deviennent de plus en plus complexes (en raison de la multimorbidité, de l'augmentation du nombre de malades chroniques due au vieillissement et à l'allongement de l'espérance de vie, de la précarité, etc) ce qui nécessite l'implication d'un plus grand nombre de professionnels de différentes disciplines dans un processus de soins. Des **équipes interdisciplinaires** sont ainsi créées, composées **d'au moins deux disciplines d'aide et de soins et de la personne concernée, ainsi que de son environnement**

¹³ Gartner, J. B., Abasse, K. S., Bergeron, F., Landa, P., Lemaire, C., & Côté, A. (2022). Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a Concept analysis and systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-24.

informel, tel que l'aidant-proche. La personne et son environnement sont ainsi considérés comme **des partenaires actifs** dans le processus de soins/bien-être.

Nous nous concentrons sur le travail "interdisciplinaire" parce que les professionnels de l'aide et des soins partagent des objectifs et des responsabilités communs. En revanche, dans le cas d'un travail "multidisciplinaire", chaque professionnel est responsable de sa "partie disciplinaire" et aucun objectif commun n'est poursuivi¹⁴.

Dans l'ensemble, on peut dire que le travail interdisciplinaire est une responsabilité inhérente aux prestataires d'aide ou de soins eux-mêmes, pour fournir à chaque bénéficiaire des soins centrés sur la personne et orientés vers des objectifs précis. Cette responsabilité est la cible de l'interdisciplinarité, mais elle nécessitera encore un soutien important. Les professionnels des soins et de l'aide soutiennent donc le travail interdisciplinaire ; ils en voient la valeur ajoutée et possèdent les compétences nécessaires (renforcée par la formation continue) pour travailler ensemble. Ils sentent également dans quelles situations cela est plus pertinent, et quels concepts peuvent être appliqués pour chaque individu afin de parvenir à des soins coordonnés (par exemple, la coordination des soins et de l'aide, le case management, la consultation interdisciplinaire, les parcours de soins, un dossier électronique partagé, un outil de communication et de collaboration, ...).

Le travail interdisciplinaire peut donc être soutenu de manière significative par un certain nombre de méthodologies et d'outils (de financement) ciblés, tels que :

- Le niveau méso joue un rôle de stimulant et de facilitateur pour encourager le travail interdisciplinaire et intersectoriel, par exemple en « permettant aux différents professionnels impliqués dans les soins et l'aide de se réunir et de se rencontrer » au sein d'équipes de quartier, par exemple.
- En outre, le travail interdisciplinaire est concrètement soutenu par un outil de communication et de collaboration, entre autres, le Projet fédéral Projet 4.2 fonctionnalités multidisciplinaires¹⁵, la plateforme digitale de soins et d'accompagnement Alivia en Flandre¹⁶, et les projets du plan de relance wallon « Digitalisation de l'ensemble du dossier de santé des citoyens wallons de manière structurée et intégrée » en Wallonie¹⁷ et le dossier résidentiel interdisciplinaire partagé qui a été développé pour les maisons de repos dans la Communauté germanophone Voir également le chapitre 3.
- Une attention particulière est accordée aux situations de transition (par exemple, à la sortie de l'hôpital).
- Un système de rémunération approprié qui stimule le travail interdisciplinaire et qui est lié aux concepts décrits ci-dessus dans le cadre de la coordination. Cette composante est développée au chapitre 4.

B1.2 Les parcours de soins en cours de développement ou futurs

B1.2.1 Situation actuelle et défis en matière de (création de) parcours de soins

¹⁴ Page R. Interprofessional education: principles and application. A framework for Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 2009;29:145-64.

¹⁵ *Het project 4.2 multidisciplinaire functionaliteiten voor een efficiënte multidisciplinaire en transmurale werking*

¹⁶ *Het Digitaal zorg- en ondersteuningsplan ALIVIA vanuit Vlaanderen als communicatie- en planningsinstrument om doelgerichte zorg, georganiseerd rond de persoon, te ondersteunen*

¹⁷ Vijf projecten uit het herstelplan van de Waalse regering hebben betrekking op g-gezondheid; meer bepaald de hervorming van gezondheidsbevordering en preventie door de uitvoering van gestructureerde programmering via de projecten 278-282.

Il est reconnu au niveau international que les parcours de soins sont un levier utile pour l'aide et les soins intégrés. Le cadre de l'OMS « integrated people-centred health services »¹⁸ fait référence, parmi les stratégies visant à progresser vers des soins plus intégrés, à la coordination des services dans et entre les différents secteurs de soins et de bien-être, dans lesquels **les parcours de soins**, par exemple, jouent un rôle important. Ils donnent ainsi corps à l'intégration horizontale et verticale des soins. Ils facilitent la coordination entre et à travers les différentes lignes de soins et de bien-être, donnant ainsi corps à l'intégration horizontale et verticale des soins.

En Belgique, les parcours de soins sont utilisés depuis un certain temps, soit dans une approche centrée sur une maladie chronique, comme les parcours de soins pour le diabète et l'insuffisance chronique rénale, soit dans une approche plus large, comme les conventions de sclérose en plaques/la sclérose latérale amyotrophique/maladie de Huntington et les parcours de soins transversaux qui sont en cours d'élaboration dans le cadre du budget pluriannuel pour 2022.

Exemple 1 : Les conventions MS/ALS/Huntington avec le programme de prise en charge globale facilitent l'intégration verticale et horizontale, par exemple via la coopération entre les hôpitaux et les maisons de repos, et le renforcement de la qualité des soins et de l'aide.

Exemple 2 : Les parcours transversaux cherchent à répondre aux objectifs de soins de santé définis par l'INAMI et se concentrent sur l'ensemble du cycle qu'une personne peut traverser, allant des soins préventifs aux soins palliatifs.

Les parcours de soins sont un moyen de rendre les interventions personnalisées transparentes pour tous les membres de l'équipe interdisciplinaire et d'améliorer la qualité des soins. Cette interprétation d'un trajet de soins correspond de plus en plus à l'interprétation d'un parcours de soins, selon laquelle le processus de soins, de la plus haute qualité, est élaboré d'une manière « evidence-based ». Les termes « parcours de soins » et « processus de soins » étant utilisés de façon voisine et interchangeable, aucune distinction ne sera faite dans la description qui suit et le terme « **parcours de soins** » sera utilisé de façon systématique.

Lors de l'élaboration de parcours de soins concrets, les incertitudes et les défis sont nombreux (non exhaustifs) :

- La nécessité de coordonner les parcours de soins lorsque quelqu'un est inclus dans plusieurs parcours de soins et la nécessité de coordonner avec les soins et le bien-être qui se déroulent en première ligne ;
- Il n'est en aucun cas prévu d'organiser de l'aide et des soins intégrés uniquement sur la base de parcours de soins spécifiques à la pathologie, non seulement en raison de la prévalence croissante de la multimorbidité, mais aussi en raison d'une approche centrée sur la personne qui est mise en avant (où une personne est plus que sa maladie par définition). L'objectif est de prendre en compte les problématiques spécifiques de la maladie ou de la situation.
- Dans le fonctionnement actuel, il n'est pas encore très courant que de tels parcours de soins et de l'aide soient développés en co-création avec les différentes entités, plus spécifiquement entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées. Cela peut/semble manquer d'un sens partagé de l'appropriation et d'une interprétation collective des parcours de soins ;
- En outre, la sensibilisation nécessaire sur le terrain fait également défaut. Il faut une connaissance suffisante et une vue d'ensemble complète de l'éventail des parcours de soins pour que le déploiement soit couronné de succès sur le terrain.

Avec ce projet de PIF, nous visons à relever les défis susmentionnés par les moyens suivants

¹⁸ World Health Organization (WHO). (2016). Framework on integrated people-centred health services: an overview. World Health Organization.

1. Un alignement conceptuel entre les parcours de soins déjà en cours (par exemple, comment les compléter de manière plus compatible) et le cadre générique de la coordination des soins (voir ci-dessous) ;
2. Une structuration de la coopération interfédérale autour des processus de soins et de l'aide en vue d'éventuels nouveaux parcours de soins (par exemple, de quelle manière de nouveaux parcours de soins seront-ils établis et qui est impliqué à quel moment).

B1.2.2 Pour les parcours de soins existants : Réalisation de la continuité des soins dans la pratique

Comme indiqué précédemment, plusieurs parcours de soins existent déjà aujourd'hui et d'autres parcours de soins sont en cours d'élaboration dans le cadre du budget pluriannuel 2022. Il faut éviter que les parcours existants et ceux qui sont en cours d'élaboration aient une interprétation différente des soins coordonnés que celle décrite dans le cadre générique qui sera décrit plus en détail dans le PIF. En outre, dans le contexte des futures options de rémunération, un alignement conceptuel doit être incorporé.

Pour les parcours de soins existants, cela signifie que

- S'il n'existe pas de responsable pour les parcours de soins existants, celui-ci sera désigné au sein de l'organisation responsable de la création/formatage du parcours de soins (par exemple, pour le parcours de soins du diabète de type 2, un propriétaire doit être désigné au sein de l'INAMI).
- Les responsables des parcours de soins existants au sein des différents niveaux politiques (niveau macro) effectuent un contrôle conceptuel afin que les concepts liés au parcours de soins soient davantage alignés sur le cadre générique de l'aide et des soins intégrés ; pour réaliser cette coordination, il est possible d'utiliser un processus de co-création entre l'INAMI et les entités fédérées (voir ci-dessous)
- Une sensibilisation suffisante a lieu sur le terrain pour que ... :
 - Les concepts de coordination des soins et de l'aide et de case management du cadre générique, lorsqu'ils sont pertinents, sont inclus dans les parcours de soins (locaux) et sont alignés sur d'autres fonctions actives dans ces parcours (par exemple, la fonction de liaison)
 - Les concepts sont connus et clairs, de sorte que les professionnels peuvent les mettre en œuvre correctement dans les parcours de soins ;

Pour les 7 trajectoires transversales en cours d'élaboration dans le cadre du budget pluriannuel 2022, cela signifie que :

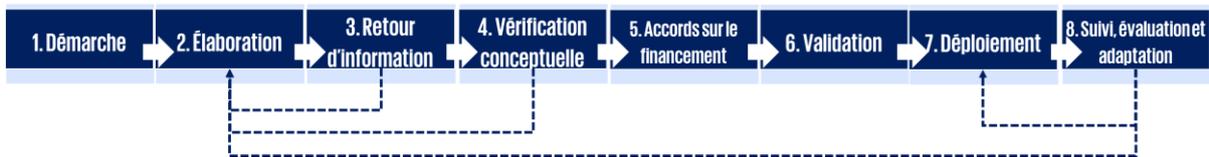
- Le cadre générique est inclus dans les différents groupes de travail où les concepts connexes sont encore en cours de rédaction ;
- Un responsable par groupe de travail est désigné, qui est toujours responsable d'assurer l'alignement conceptuel au cours du développement ultérieur des parcours de soins ;
- Si des concepts connexes ont déjà été élaborés, ils sont vérifiés par le responsable désigné et, si nécessaire, alignés sur le cadre générique du PIF d'aide et de soins intégrés.

B1.2.3 Pour les futurs parcours de soins : vers un processus de collaboration structurelle pour une mise en œuvre cohérente des concepts des SI

Sachant que la réalisation des parcours de soins n'est pas un événement ponctuel, le défi consiste à définir clairement le futur processus de coordination et de collaboration pour la réalisation de nouveaux parcours de soins.

Dans ce plan interfédéral, nous prévoyons au moins qu'un tel processus structurel de coordination et de coopération sera mis en place pour l'élaboration de futurs parcours de soins. Les détails exacts de ce processus peuvent être affinés sur la base d'applications concrètes dans la pratique - voir la proposition de travaux ultérieurs ci-dessous. Les premières applications de ce processus pourraient se concentrer, par exemple (de manière non exhaustive), sur le parcours de soins des personnes âgées vulnérables, le parcours de soins des femmes enceintes vulnérables, ...).

Proposition de processus concret d'alignement et de coopération



1. Le démarrage d'un parcours de soins (transversal) pour un groupe cible spécifique.
 - a. *Par qui la demande peut-elle être introduite ? Le terrain et/ou le gouvernement au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées ? Une demande est-elle envoyée à ce niveau pour recevoir les candidatures et ensuite faire une sélection ? Quel est l'élément déclencheur ?*
 - b. *A qui est adressée la demande de parcours de soins ? Qui "filtre" les demandes ?*
 - c. *Comment et par qui la décision est-elle prise de passer de la demande au démarrage effectif ?*
 - d. *Qui est responsable de la tenue de l'inventaire des parcours de soins ?*
2. L'élaboration du parcours de soins par le biais d'un processus de co-création entre l'INAMI et les entités fédérées. Au cours de cette étape, le schéma générique du parcours est discuté ensemble, ainsi que les différentes nuances (de contexte) des entités fédérées et du gouvernement fédéral. *Dans quel organe se situe la coopération ? Comment garantir et encourager la coopération entre INAMI et les entités fédérées ?*
3. Retour d'information de la part des experts et des acteurs de terrain qui ont un lien avec le thème spécifique autour duquel le parcours de soins est construit et/ou qui ont de l'expérience dans ce domaine. Si les experts et les acteurs de terrain font des suggestions d'amélioration, celles-ci seront discutées au cours du processus de rédaction co-créatif auquel participent l'INAMI et les entités fédérées (voir l'étape 2) et le processus de suivi sera répété. *S'agit-il toujours d'un groupe fixe d'experts (de terrain) ? Ou variable en fonction du parcours de soins ?*
4. La vérification conceptuelle des concepts tels que la coordination des soins et de l'aide et le case management sont inclus dans le parcours et alignés sur le cadre générique et les nuances des entités fédérées. S'il s'avère que ce n'est pas suffisamment le cas, cela sera revu et ajusté lors de l'étape de co-création (étape 2 de rédaction). En outre, il est nécessaire d'examiner comment le parcours de soins établi peut être complémentaire avec d'autres parcours de soins (existants) si une personne se trouve dans plusieurs parcours de soins. Pour parvenir à des soins coordonnés efficaces pour la personne, il est important que les interventions entreprises ne se contredisent pas ou ne coexistent pas de manière indépendante. Cela démontre la nécessité de la coordination des soins et de l'aide (voir ci-dessous) pour garantir cette intégration horizontale et verticale des soins. *Par qui/quel organisme ce contrôle sera-t-il effectué ?*

5. Les accords de financement concernant le parcours de soins final et les professionnels impliqués. – *Ce point est examiné plus en détail au chapitre 4*
6. La validation d'un parcours de soins final se fait par l'intermédiaire d'un organisme officiel. *Par l'intermédiaire de quel organisme officiel, qui sont les participants ?*
7. Le déploiement du parcours de soins final est assuré par une large communication et une sensibilisation sur le terrain, ainsi qu'aux différents niveaux politiques. *Par qui une large communication/sensibilisation ? → vers le terrain, tâche de niveau méso ? Quid des niveaux politiques ?*
8. Le suivi, l'évaluation et l'ajustement du parcours de soins sont effectués *par qui? Organe formel?*

B1.2.4 Alignement entre les parcours de soins et les soins coordonnés pour la santé et le bien-être

Si une personne est inclus dans un ou plusieurs parcours de soins, les concepts ou interventions décrits dans ceux-ci (par exemple, la coordination des soins et de l'aide) doivent être harmonisés avec le processus plus large d'aide et de soins pour cette personne. De cette manière, les besoins et les objectifs de la personne sont toujours pris en compte, et une intégration des processus de soins verticaux (notamment les parcours de soins) et des processus de soins horizontaux (proches du citoyen) est réalisée.

B1.3 Soins coordonnés pour la santé et le bien-être

L'aide et les soins intégrés, telle que décrit précédemment, nécessite une bonne coordination entre les différents acteurs de l'équipe interdisciplinaire impliquée dans les soins d'un individu, et ce, tout au long de la durée pendant laquelle des soins interdisciplinaires sont nécessaires. Deux concepts sont souvent liés et mentionnés dans ce contexte : la coordination des soins et de l'aide et le case management. Depuis un certain temps, ces concepts sont présentés comme des facilitateurs de l'aide et des soins intégrés.

Dans les situations de soins complexes, il est de plus en plus nécessaire de "gérer" et de coordonner ces situations et le processus de soins qui les accompagne afin, par exemple, de garantir des soins centrés sur la personne et accessibles, adaptés aux objectifs de vie personnels, une communication efficace entre la personne, son environnement informel tel que l'aidant proche et les professionnels d'aide et des soins, d'aligner les services entre eux, d'éviter les chevauchements ou les soins superflus -avec respect pour l'autonomie de la personne-, d'identifier les "lacunes" dans les soins, de préserver la satisfaction de la personne et la qualité des soins. En outre, l'OMS¹⁹ indique que les résultats du case management peuvent inclure une réduction des admissions à l'hôpital et une augmentation de la satisfaction des personnes. Le gouvernement fédéral et les entités fédérées explorent (et testent) déjà ces concepts.

B1.3.1 État actuel de la mise en œuvre de la coordination des soins et de l'aide et du case management

En 2019, la Conférence interministérielle a pris l'initiative de formaliser l'interprétation des rôles et fonctions de la coordination des soins et de l'aide et du case management dans l'accord du 25 mars 2019. Celui-ci a formulé une vision commune du gouvernement fédéral et des entités fédérées sur les concepts de coordination des soins et de l'aide et du case management.

¹⁹ [Integrated care models: an overview \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/integrated-care-models-an-overview)

Malgré cet accord CIM, beaucoup d'ambiguïtés subsistent quant à l'interprétation des rôles et fonctions de la coordination des soins et de l'aide et du case management, ainsi qu'à leur application dans les processus de soins et de bien-être. Par conséquent, sur le terrain, ces rôles sont souvent remplis de manière autonome en fonction d'évaluations et de capacités spécifiques, ce qui nuit à la cohérence et à la durabilité entre les zones et les régions.

En outre, il existe aujourd'hui d'autres rôles et fonctions qui, dans la pratique, ressemblent à la coordination des soins et de l'aide et au case management et peuvent les compléter.

- Ces formes portent des noms différents (par exemple, coordinateurs en oncologie, coachs familiaux, éducateurs (en matière de soins), "référénts (de proximité)", "buddy", promoteurs de parcours de soins, ambassadeurs de soins, organisateurs de la concertation, ...), et utilisent des modalités de rémunération différentes.
- Il se peut que ces autres formes aient également un ensemble de tâches différent (ou un objectif/une vision différent(e)) de celui stipulé dans la suite de la description.
- Certains rôles/fonctions mentionnés ci-dessus peuvent également se concentrer sur une expertise particulière, par exemple liée à une situation ou une pathologie particulière. Par exemple, les coordinateurs en oncologie se concentrent sur l'accompagnement des personnes dans les traitements contre le cancer.
- Il s'ensuit que certaines fonctions/rôles sont spécifiquement situés dans les soins spécialisés (deuxième ligne), par exemple dans un contexte hospitalier. Le défi consiste à garantir la continuité entre les lignes.

Dans ce qui suit, ce document se concentre sur l'interprétation générique de la coordination des soins et de l'aide et du case management.

A partir d'une vision commune et en visant le plus grand dénominateur commun, nous clarifions et concrétisons l'interprétation et le fonctionnement de la coordination des soins et de l'aide et du case management dans un cadre générique, ainsi que son application dans les processus de soins et de l'aide, en vue de :

1. L'univocité conceptuelle sous la forme d'un profil de compétences (comprenant des tâches, le démarrage, la durée, la fin, le rôle/fonction et le type de prestataire de soins ou d'aide) afin qu'une compréhension et une mise en œuvre cohérentes de la coordination des soins et de l'aide ainsi que du case management soient adoptées sur le terrain.
2. Des engagements qui permettent la mise en œuvre, fondés sur une approche systémique, c'est-à-dire en examinant dans ce plan interfédéral comment une évolution vers de l'aide et des soins intégrés peut être encouragée sur les plans conceptuel, organisationnel et financier, plutôt que de se concentrer sur des réglementations fragmentées.

B1.3.2 Profil de compétences pour la coordination des soins et de l'aide

Tâches

- **Les missions à assumer (au moins) pour la coordination des soins et de l'aide** couvrent à la fois les tâches sociales et les tâches administratives²⁰. Les missions correspondent à :
 - Initier la mise en place et avoir une vue d'ensemble du plan de traitement/plan de soins et d'accompagnement. Le coordinateur des soins et de l'aide réunit l'équipe

²⁰ Il s'agit d'une mise à jour de ce qui a déjà été convenu en 2019.

interdisciplinaire, coordonne avec les professionnels de soins et de l'aide, la personne elle-même et l'aidant proche les soins et l'aide fournis en fonction des besoins et des objectifs de la personne et, si nécessaire, il ajoute des professionnels à l'équipe en fonction des besoins de la personne.

- Suivi du plan de traitement/plan de soins et d'accompagnement. Cela signifie que le coordinateur des soins et de l'aide, en collaboration avec les professionnels de soins et de l'aide, la personne elle-même, l'usager des soins et de l'aide et l'aidant proche, contrôle en permanence la qualité du plan et l'adapte aux besoins et aux objectifs de la personne. Cela peut se faire, par exemple, en utilisant des informations et des évaluations partagées entre les professionnels concernés et des personnes (par exemple, via la plateforme digitale multidisciplinaire ou via BelRAI ou tout autre outil).
- Point de contact pour la personne et son réseau informel et promouvoir l'empowerment et améliorer les compétences en matière de santé du patient, comme tout professionnel de l'équipe de soins. Le coordinateur des soins et de l'aide doit être mobile et disposé à se déplacer pour parler à la personne ou à son réseau informel. Par exemple, il offre à la personne des informations sur l'objectif et le fonctionnement du plan de traitement/plan de soins et d'accompagnement, afin que celui-ci (en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire) puisse prendre des décisions éclairées (en matière de soins et de bien-être). Ce faisant, le coordinateur des soins et de l'aide fournit suffisamment d'informations pour que la personne puisse prendre des décisions (en matière de soins et de l'aide) avec un consentement ou un choix libre et éclairé.
- Point de contact pour les professionnels de soins et de l'aide. Le coordinateur des soins et de l'aide soutient la coordination et de la communication entre les professionnels de soins et de l'aide impliqués et la personne elle-même et son réseau informel (voir ci-dessus). Le coordinateur d'aide et de soins s'assure également que l'équipe interdisciplinaire évalue s'il y a un besoin de soins supplémentaires ou de prestataires d'aide ou de soins. De cette façon le coordinateur des soins et de l'aide est donc le pivot de l'intégration horizontale et verticale des soins autour de la personne.
- L'organisation, y compris le suivi pratiques et administratifs, de la consultation des professionnels impliqués dans l'aide et les soins, de la personne et de son réseau informel lorsque cela est jugé nécessaire (donc au moins à des moments cruciaux - voir également ci-dessous).
- Outre l'alignement et la coordination des soins et de l'aide, le coordinateur des soins et de l'aide accomplit toujours, dans la mesure du possible, ses tâches dans une perspective plus préventive. Il peut ainsi éviter que la situation de la personne ne se détériore à l'avenir (par exemple en évitant des besoins de soins supplémentaires ou l'entrée en institution d'hébergement) ou que la charge pesant sur l'aidant proche ne devienne trop lourde.
- Le coordinateur des soins et de l'aide encourage la participation/collaboration (digitale) de l'équipe interdisciplinaire (par exemple en remplissant les outils digitaux de soutien tels qu'Alivia, BelRAI, ...) et facilite la communication, par exemple en fournissant du feedback aux prestataires de soins sur les résultats de la prise en charge.

- Enfin, le coordinateur des soins et de l'aide est conjointement responsable de la navigation dans le paysage digital. Ainsi, la personne est informée de l'utilisation des différents outils digitaux, de la manière dont les données sont partagées, des informations qu'elle peut trouver en ligne, etc.

Rôle

- **Rôle.** Dans le cadre des soins et de l'aide, on part du principe que la coordination des soins et de l'aide peut être assumée par une seule personne et considérée comme un rôle, dans lequel les tâches susmentionnées sont exécutées en plus des tâches spécifiques à l'emploi que cette personne assume déjà. Le coordinateur des soins et de l'aide fait intrinsèquement partie de l'équipe interdisciplinaire qui entoure la personne. En partant du profil de compétences générique pour la coordination des soins et de l'aide, quelques différences entre les entités fédérées peuvent être relevées.
- Le rôle peut typiquement devenir pertinent dans des circonstances différentes ; lorsque la personne ou son entourage informel n'est plus en mesure de coordonner ses soins ; ou lorsque la situation est complexe en raison du grand nombre de prestataires de soins et d'aide impliqués, en raison d'une combinaison de problèmes (sociaux et/ou médicaux), ou en raison d'une succession de moments charnières.

Démarrage, durée et fin

- **Démarrage et poursuite des activités.** La coordination des soins et de l'aide indemnisable peut être mise en place et poursuivie à la demande de la personne, de son représentant (en signalant elle-même le besoin ou en faisant la demande à la personne par le professionnel concerné) ou à l'initiative des professionnels concernés (par le biais d'une évaluation professionnelle). Les lignes directrices suivantes sont prises en compte:
 - Le besoin de coordination des soins et de l'aide est identifié par un membre de l'équipe interdisciplinaire, y compris la personne et son réseau informel. Ce besoin peut être approuvé sur la base des résultats d'un outil d'évaluation approprié, combinés au jugement professionnel du professionnel qui se concentre sur les besoins de la personne. Un outil d'évaluation (par exemple BelRAI, Born in Belgium....) peut être utile ici, à condition que l'outil soit accessible aux professionnels des soins et de l'aide (quelle que soit la région dans laquelle ils opèrent), à la personne et à son réseau informel.
 - Pour que l'équipe et les citoyens soient conscients de la possibilité et de l'applicabilité de la coordination des soins et de l'aide, une sensibilisation au niveau méso est nécessaire. Nous nous référons à la section "2.2.3. Type de professionnels des soins et/ou de l'aide et organisation de la capacité, de la gestion et de l'évaluation".
 - Le coordinateur des soins et de l'aide applique les missions décrites ci-dessus, ce qui se traduit par l'utilisation/application d'un plan de soins et d'accompagnement basé sur les besoins de la personne.
 - Le coordinateur des soins et de l'aide initie et organise une concertation interdisciplinaire, à laquelle la personne et son entourage sont également associés, au moins à des moments charnières (p. ex. changement de cadre/secteur de soins) et en concertation avec la personne et/ou l'aidant proche, afin d'évaluer les besoins

et de déterminer dans quelle mesure la coordination des soins et de l'aide doit être poursuivie, de manière indemnisable ou non indemnisable.

- Le bénéficiaire ou son entourage (par exemple, l'aidant proche) doit donner son accord quant au professionnel désigné pour assurer la coordination des soins et de l'aide.
- **Durée et fin.** La durée de la prise en charge indemnisable et de la coordination des soins et de l'aide dépend de la situation ; elle se poursuit aussi longtemps que le besoin en est évalué. En principe, les critères de départ (et les outils d'évaluation possibles) s'appliquent à nouveau. À l'initiative du coordinateur des soins et de l'aide, la durée sera évaluée avec l'équipe soignante. Il s'agira notamment d'évaluer si et quand la coordination indemnisable des soins et de l'aide n'est plus nécessaire, par exemple lorsque le besoin de soins a fortement diminué, voire disparu, ou lorsque la personne ou son environnement, par exemple l'aidant proche, prend le relais et que l'on passe à une coordination non indemnisable des soins.

Type de professionnels de l'aide et/ou des soins et compétences

- **Type de professionnel de l'aide et/ou des soins et compétences.** Dans le cadre de la coordination indemnisable des soins et de l'aide, le rôle est exercé par des professions existantes, qu'elles soient ou non incluses dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice de professions des soins de santé. En d'autres termes, les professions existantes dans le secteur social sont également éligibles. En outre, le professionnel remplit les conditions suivantes :
 - A une relation thérapeutique ou une relation de soins avec la personne concernée qui permet un certain niveau de confiance ;
 - A une formation en soins ou en aide sociale, cf. plus large que les professions dans la loi coordonnée sur l'exercice de professions des soins de santé ;
 - Doit posséder des compétences génériques, telles que la connaissance de la carte sociale pour la région dans laquelle on opère, le questionnement et travail ciblés et le travail sensible à la culture, qui devraient faire partie intégrante de la formation de base des travailleurs de l'aide et des soins.
 - Doit posséder des compétences en communication : écoute active et observation, communication claire et concise, être accessible aux individus (de sorte qu'il/elle soit accessible aux autres), adapter de manière appropriée la communication à différents groupes cibles (avec ou sans expérience en matière de soins et de l'aide), ... ;
 - Doit être familiarisé avec la coordination d'un processus : élaborer des plans et veiller à ce qu'ils soient respectés, motiver les personnes impliquées dans le processus à s'engager en faveur d'objectifs communs, identifier les facteurs de blocage, informer les personnes impliquées des accords et des changements, ... ;
 - Possède une connaissance suffisante des réseaux actifs dans le domaine des soins et de l'aide au sein de la communauté dans laquelle iel travaille ;
 - Adhère aux principes du secret professionnel et du partage des responsabilités à cet égard ;

- Doit être capable d'analyser et d'interpréter des données, par exemple dans le cadre d'un dossier patient informatisé (DPI), cela nécessite bien entendu que le coordinateur d'aide et de soins ait accès à ce dossier ;

B1.3.3 Profil de compétences pour le case management

Tâches

- Pour les **missions de case management**:
 - Le case manager sert de ligne d'assistance externe et de point de contact à la fois pour la personne et son réseau informel et pour les membres de l'équipe interdisciplinaire :
 - Conseils pour s'orienter dans l'offre et le système de soins et de l'aide en fonction des besoins de la personne (centrés sur la personne et ciblés) et promouvoir l'empowerment et les compétences en santé de la personne;
 - Améliorer la communication et la coopération au sein de l'équipe interdisciplinaire, en organisant ou non des concertations.
 - En outre, le case manager adopte une attitude mobile et est prêt à se déplacer (si nécessaire et pertinent) pour tenir des conversations physiques avec la personne, le réseau informel, les professionnels....
 - Pour jouer efficacement le rôle de ligne d'assistance et de point de contact, externe à l'équipe interdisciplinaire, le case manager peut être désigné très tôt dans le processus dans certains cas (par exemple, les cas assez complexes), par exemple pour initier la coordination des soins et de l'aide ou pour fournir un soutien supplémentaire dans les cas complexes, c'est-à-dire qu'il n'est pas appelé uniquement lorsque les choses vont mal.
 - En ce qui concerne l'interaction avec la coordination des soins et de l'aide:
 - Un case manager et un coordinateur de soins et de l'aide peuvent s'occuper d'une personne en même temps, mais cela n'est nécessaire que dans une minorité de cas.
 - Le case manager peut aider (dans des cas assez complexes) l'équipe interdisciplinaire à mettre en place la coordination des soins et de l'aide.
 - En outre, le case manager cas peut initier la coordination des soins et de l'aide si elle n'est pas encore en place. Dans l'attente de la mise en place de la coordination des soins et de l'aide, le case manager assumera temporairement cette tâche. Une fois le coordinateur des soins et de l'aide nommé, le case manager lui transmettra les tâches et veillera à ce qu'elle démarre correctement. Toutefois, l'initiation par case manager n'est pas une nécessité pour la coordination des soins et de l'aide.
 - Le case management peut rétablir et stabiliser la situation des soins de la personne et la coordination des soins et de l'aide afin que le processus de soins puisse se poursuivre de manière qualitative.
 - Le case manager joue un rôle de conseiller et de médiateur auprès de la personne et de son aidant proche. Il/elle est la personne de référence pour le bénéficiaire, son aidant-proche et les autres parties de l'équipe de soins. Il/elle est le facilitateur et le superviseur du processus en ce qui concerne l'équipe de soins et la situation de soins.

- Toutes les décisions sont prises en concertation avec le bénéficiaire, l'aidant proche et les autres membres de l'équipe de soins.
- Il/elle travaille toujours en étroite concertation avec les prestataires de soins de l'équipe de soins ainsi qu'avec la personne qui exerce ou a exercé récemment la coordination des soins et de l'aide auprès de l'ayant droit
- Son intervention se fait de manière globale et intégrée. Il/elle ne limite jamais son intervention à quelques aspects spécifiques du suivi, prenant également en compte le volet préventif.
- Le case manager veille à ce qu'une évaluation globale de la situation soit établie, si cela n'a pas déjà été fait.
- Il/elle veille à ce que la fonction de coordination des soins et de l'aide soit exercée, si cette fonction n'est pas encore assumée et qu'elle apparaît pourtant nécessaire au bon déroulement du processus de soins.
- Il/elle veille (temporairement) à ce que le plan de soins soit élaboré et correctement mis en œuvre, si ce n'est pas encore le cas. Les activités parallèles/doubles sont évitées.
- A la fin de chaque période d'intervention, il/elle évalue les résultats obtenus avec les autres acteurs.
- En tant que case manager, il/elle ne peut pas faire partie de l'équipe de soins autour d'un bénéficiaire.
- Le case manager doit continuer à garantir son expérience dans le domaine des soins ou de l'aide et sa connaissance du terrain en participant à des réunions, des formations, etc.
- Dans tous les cas, il/elle agit de manière objective vis-à-vis de la personne habilitée, de son aidant proche et de ses proches (il/elle ne prend pas parti dans les éventuels désaccords et conflits...), vis-à-vis des prestataires de soins (il/elle n'exprime pas de préférence pour un type de soins plutôt qu'un autre...).

Fonction

- **Fonction.** Dans le contexte des soins et de l'aide, le case manager est considéré comme une fonction externe à l'équipe de soins interdisciplinaire qui entoure la personne. Les tâches décrites précédemment sont exécutées par un case manager "générique" (qui n'est donc pas nécessairement lié à une situation ou à une pathologie particulière). En partant du profil de compétences générique pour le case management, quelques différences entre les entités fédérées peuvent être relevées.

Démarrage, durée et fin

- **Démarrage.** Le case management est destiné à être appliqué dans les circonstances suivantes
 - Dans des situations instables ou complexes (il s'agirait plutôt d'une situation médicale, mais elle pourrait également être combinée à une situation où le bien-être ou les aspects sociaux sont plus importants, ou à une combinaison des deux. Ce dernier cas se produit lorsque des acteurs de première et deuxième ligne, par exemple, l'hospitalisation à domicile ou des soins spécialisés, tels que les soins de santé mentale, être impliquer en même temps.) ;
 - En l'absence de représentation des personnes dans l'équipe interdisciplinaire;

- En l'absence de coordination des soins et de l'aide, par exemple lorsque la coordination des soins et de l'aide n'a pas encore été mise en place et qu'une assistance est nécessaire à cet effet ;
- Lorsque la coordination des soins et de l'aide a échoué, ce qui entraîne un échec des processus de soins et de l'aide pour la personne en question et la nécessité d'une amélioration ;
- Lorsqu'un professionnel détermine que la personne se met en danger en refusant les soins ; pour soutenir la coordination des soins et de l'aide ;
- À la suite d'une demande d'aide émanant de la personne elle-même ;

La case management peut être lancée sans l'utilisation d'un instrument d'évaluation. Cette évaluation peut être effectuée par un membre de l'équipe de soins, un professionnel, la personne elle-même ou quelqu'un de son entourage informel. Toutefois, il est possible que le démarrage soit soutenu par les résultats d'un instrument d'évaluation à convenir.

Le case management ne peut être initié que lorsque quelqu'un "tire la sonnette d'alarme" auprès d'une ligne d'urgence centrale, après quoi un acteur de niveau intermédiaire peut évaluer si la gestion de cas est appropriée et nommer un gestionnaire de cas (voir chapitre 2).

Pour que les gens soient conscients de l'existence de ce système et qu'ils "sonnent la cloche" pour déployer la case management, il faudra les sensibiliser. Pour savoir où se situe cette tâche de sensibilisation, veuillez vous référer à la section "2.2.3. Type de prestataires de soins et/ou d'assistance et organisation de la capacité, de la gestion et de l'évaluation".

- **Durée et fin.** Les interventions de case management sont limitées dans le temps en fonction de la complexité de la situation. Le case management sera aussi court que possible, mais aussi long que nécessaire. Cette durée est déterminée par l'évaluation de l'équipe interdisciplinaire (y compris la personne et son réseau informel) en collaboration avec le case manager. Le case management peut être utilisé plusieurs fois dans le processus de soins, si nécessaire. Le case manager travaille au maximum à l'autonomisation de la personne et à l'indépendance de l'équipe de soins, de manière à préserver la temporalité.

Type de professionnels de l'aide et/ou des soins et compétences

- **Type de professionnel de l'aide et/ou des soins et compétences.** La fonction de case manager est incluse dans les professions existantes, qu'elles soient ou non reprises dans la loi coordonnée relative à l'exercice des professions de santé du 10 mai 2015. En outre, la personne doit répondre aux exigences suivantes :
 - Ne fait pas partie de l'équipe interdisciplinaire (cf. fonction externe) ;
 - A une formation dans le domaine des soins ou de l'aide, cf. plus large que les professions incluses dans la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé ;
 - Le case manager doit avoir l'expérience et les connaissances nécessaires pour naviguer dans le paysage des soins et de l'aide, éventuellement lié à une pathologie particulière. Pour savoir qui est responsable de la formation des case manager et de la tenue d'une base de données centrale sur les personnes ayant reçu une formation, veuillez-vous référer à la section suivante "Organisation de la capacité, de la gestion et de l'évaluation".

- Doit posséder des compétences génériques, telles que la connaissance de la carte sociale, le questionnement et le travail ciblés, le travail sensible à la culture, de médiation des conflits..., qui devraient faire partie intégrante de la formation de base du personnel des soins et de l'aide.

B1.3.4 Organisation de la capacité, la gestion et l'évaluation de la coordination des soins et de l'aide et le case management

Pour la coordination des soins et de l'aide:

En principe, une organisation restreinte est requise pour la mise en œuvre de la coordination des soins et de l'aide au niveau méso (plutôt du point de vue du fonctionnement général). Cependant, certaines tâches de soutien sont fournies et sont mieux incluses au niveau méso, telles que :

- Faciliter et sensibiliser sur la formation et l'éducation ciblées (et toutes les interventions) sur la coordination des soins et de l'aide et les instruments de soutien (évaluation) tant pour les prestataires d'aide et de soins que pour la personne et son réseau. De cette manière, la culture de l'aide et des soins intégrés est stimulée par des applications ciblées.
- La large communication et sensibilisation sur la coordination (in)formelle des soins et de l'aide, qui devrait conduire à une prise de conscience généralisée de la coordination dans le domaine d'aide et de soins. Le résultat est que les citoyens de soins connaissent son existence et trouvent facilement leur chemin vers cette coordination.
- Faciliter l'utilisation d'outils de soutien (digitaux) qui facilitent la coordination des processus et la collaboration interdisciplinaire. Pour une explication plus détaillée à ce sujet, nous renvoyons au chapitre « 3. La numérisation comme élément facilitant et connectant pour l'aide et les soins intégrés ».
- La responsabilité de l'affectation et de la répartition des coordonnateurs des soins incombe aux professionnels eux-mêmes (et non à l'unité au niveau méso). Les professionnels eux-mêmes indiquent dans un outil numérique (ex. ALIVIA) quand ils prennent en charge la coordination des soins et de l'aide.

Pour le case management:

L'organisation de la mise à disposition des gestionnaires de cas sera assurée par une ou plusieurs organisation(s) convenue(s) avec les entités fédérées au niveau méso. En outre, les tâches suivantes devraient être incluses au niveau méso afin de fournir une organisation et un soutien pratiques :

- La sensibilisation nécessaire, une large communication afin que le terrain et la personne soient conscients de l'existence, des conditions et des circonstances dans lesquelles il peut être fait appel à cette fonction.
- Faciliter et sensibiliser à la formation ciblée (et éventuellement à l'intervention) pour le case management afin que les missions susmentionnées puissent être menées à bien de manière qualitative.
- Maintenir une vue d'ensemble de la capacité et du nombre de case manager, que ce soit ou non par l'enregistrement de qui a suivi quelle formation en case management, dans une base de données centrale choisie par les entités fédérées, à condition qu'elle soit accessible aux travailleurs médicaux, paramédicaux et aux travailleurs de l'aide sociale.

Si les personnes sont inclus dans un ou plusieurs parcours de soins, les concepts ou interventions décrits ici (par exemple, la coordination des soins et de l'aide) sont alignés sur le processus plus large d'aide et de soins pour cette personne. Il s'agit de s'assurer que les besoins et les objectifs de la personne sont toujours le point de départ et que l'intégration des processus de soins verticaux (en particulier les parcours de soins) et des processus de soins horizontaux (proches du citoyen) sont réalisés.

B1.3.5 Distinction entre la coordination des soins et de l'aide et du case management

Bien que les deux rôles/fonctions présentent certainement des caractéristiques similaires, ils peuvent être clairement différenciés l'un de l'autre. Les facteurs de différenciation suivants sont importants à cet égard :

- **Place dans l'équipe :** le coordinateur d'aide et de soins est généralement une personne dans l'équipe de soins, tandis que le case manager est une personne extérieure à l'équipe de soins.
- **Initiation et finalité :** en l'absence de coordination des soins et de l'aide, un case manager peut intervenir et initier le processus de coordination des soins et de l'aide (en effectuant les tâches associées), mais un coordinateur d'aide et de soins ne peut pas effectuer le case management pour la même personne. Cependant, le coordinateur des d'aide et de soins peut initier le processus de case management en faisant appel à un case manager externe.

Même personne pour le coordinateur d'aide et de soins et le casemanager: compte tenu de l'interprétation ci-dessus, en principe, on peut être soit coordinateur d'aide et de soins, soit case manager dans une situation de soins autour d'une personne car on ne peut pas à la fois faire partie de l'équipe interdisciplinaire (pour le coordinateur d'aide et de soins) et externe à l'équipe (pour le case manager). Des exceptions asymétriques éventuelles à cette règle peuvent être discutées au niveau interfédéral.

B1.3.6 Distinction entre la coordination des soins et de l'aide indemnisable et non indemnisable

La coordination des soins et de l'aide se fait souvent de manière non indemnisable. Il peut s'agir de la personne elle-même, d'un aidant proche ou d'un professionnel lorsqu'il effectue les tâches de coordination (qui font partie intégrante des obligations professionnelles d'une personne).

La coordination des soins et de l'aide indemnisable est nécessaire lorsque la personne ou son réseau informel ne peut ou ne souhaite pas assumer les tâches de coordination des soins et de l'aide, mais que cela est nécessaire pour assurer des soins de qualité. C'est également le cas lorsqu'une situation complexe se présente et qu'un plan de soins et d'accompagnement a été ou doit être élaboré et que des tâches de coordination supplémentaires doivent être incluses.

Dans ce PIF, nous décrivons la situation future de la forme indemnisable de la coordination des soins et de l'aide et du case management. Le lien avec les aspects financiers est établi au chapitre 4.

B2. Organiser l'aide et les soins intégrés au niveau locorégional

Comme nous l'avons mentionné, on passe d'une approche des soins de santé plutôt axée sur la maladie à une approche axée sur la santé publique et le bien-être (santé publique). Ici, le niveau méso, également appelé niveau locorégional, peut jouer un rôle de facilitateur pour établir les connexions et les collaborations nécessaires dans le contexte de l'aide et des soins intégrés. L'organisation de l'aide et des soins intégrés, ou la gestion de l'intégration, n'est évidemment pas une fin en soi, mais elle contribue à la réalisation des 5AIM.

Les universitaires et certaines parties prenantes impliquées indiquent qu'ils croient en ce modèle d'Accountable Care Organisation(s) ("ACO") comme moteur de l'intégration des soins. Toutefois, ce modèle est appliqué dans le contexte belge et tient compte des entités qui ont déjà conçu ce modèle ou qui sont en train de le mettre en place. Il n'existe pas de définition fixe d'une ACO, mais il s'agit d'un modèle de prestataires de soins et de l'aide dans lequel un prestataire ou un groupe de prestataires assume la responsabilité populationnelle de fournir des soins et de l'aide globale pour par exemple une population géographiquement définie²¹. Chaque ACO utilise les ressources allouées en fonction des besoins de la population, conformément au principe d'universalisme proportionnel.

Dans le cadre de ce PIF, nous aspirons donc à évoluer progressivement vers un modèle ACO. Dans la suite de la description, nous expliquerons comment ce modèle ACO pourrait être réalisé dans un contexte interfédéral. Dans ce qui suit, nous décrivons provisoirement cela avec le terme neutre d'"unité". Nous décrivons ici les points de départ, la forme et le mandat/les missions possibles, ainsi que la gouvernance. Il est important de noter que l'objectif n'est pas d'établir des structures supplémentaires, mais de partir des structures déjà en place dans chaque entité fédérée.

Des discussions sont actuellement en cours avec les entités fédérées sur cette question. Actuellement, aucun consensus n'a été atteint sur la mesure dans laquelle cette idée pourrait être appliquée. Ainsi, pour l'instant, ce qui suit ne concerne qu'un raisonnement qui n'a pas encore reçu d'aval politique.

B2.1 Principes de bases

Certains principes de base sont formulés ci-dessous pour concrétiser l'unité souhaitée au niveau méso.

1. Prise en compte maximale des structures existantes ou en formation au niveau méso

Les entités fédérées ont chacun mis en place ou sont en train de mettre en place des structures au niveau méso. Il existe également d'autres structures situées au niveau fédéral ou au niveau des entités fédérées, à savoir les réseaux hospitaliers, les réseaux de santé mentale, réseau palliatif, les réseaux 1G1P, les Services intégrés de soins à domicile (SISD)... Du point de vue du PIF, il ne s'agit donc pas de définir ou d'établir de nouvelles structures. On travaille au maximum et on prend en compte ce qui existe déjà ou ce qui est en train de se créer, y compris les différences au sein des entités fédérées. Le PIF part de "ce qu'il faut faire" ; il appartient donc aux entités fédérées de déterminer quelles structures, à quel niveau méso, avec quelles tâches concrètes.

2. Nécessité d'une interaction des structures à 3 niveaux

²¹ [Accountable Care Organizations \(parliament.uk\)](https://parliament.uk)

Actuellement, les entités fédérées définissent différentes structures à des niveaux différents. On ne peut donc pas parler du niveau méso ou locorégional sans faire référence aux autres niveaux, c'est-à-dire les niveaux micro et macro. Les niveaux poursuivent chacun des objectifs différents (mais évidemment complémentaires) qui sont considérés comme essentiels à la réussite de l'organisation de l'aide et des soins intégrés.

a. Le niveau micro

Niveau où se situe l'équipe interdisciplinaire et l'individu. Ici, les prestataires de soins et de l'aide collaborent entre eux et avec la personne concernée et son entourage afin de fournir des soins et un soutien, centrés sur la personne et orienté sur les objectifs de la personne de manière intégrée. Les équipes de voisinage et de quartier sont également situées à ce niveau.

b. Le niveau méso

C'est à ce niveau que prend forme l'offre de soins et de l'aide directement accessible et concrète pour les citoyens. C'est à ce niveau que les organisations concluent des accords mutuels pour intégrer les soins et l'aide.

Les partenaires de 2ème et 3ème lignes et les partenaires de première ligne et le secteur social doivent trouver leur place dans la ou l'une des structures méso.

La proximité de ce niveau avec les prestataires de soins et de services sociaux, les personnes, les aidants proches et le réseau informel est essentielle. Les changements visant à l'intégration des soins ne peuvent être réalisés que si ceux qui doivent les mettre en œuvre peuvent participer, être sensibilisés, convaincus et informés, s'ils peuvent se rencontrer de manière interdisciplinaire et conclure des accords ensemble. Un niveau méso trop éloigné des prestataires de l'aide et des soins ne peut accompagner efficacement ces changements.

c. Le niveau macro

C'est toujours à ce niveau que sont déterminés les cadres réglementaires et le financement de la politique de soins et de l'aide. En outre, le soutien méthodologique et autre (par exemple, la formation) aux niveaux inférieurs est organisé à ce niveau afin que les structures inférieures travaillent de manière uniforme et selon un cadre méthodologique commun. Outre les administrations respectives, les acteurs suivants des entités fédérées, qui assument ce rôle de soutien, se chargent de la mission qui leur est confiée au niveau macro:

- En Flandre: l'autorité flamand
- En Wallonie: Institut wallon pour la Première Ligne et le forum de la Première Ligne
- A Bruxelles : Brusano (en coordination avec het Huis voor Gezondheid)
- Dans la communauté germanophone : Le Ministère de la Communauté germanophone

Dans la suite de la description de ce chapitre, l'accent sera mis principalement sur les niveaux méso bas et haut qui, ensemble, forment le niveau méso/locorégional.

3. **La mise en œuvre de programmes communs est envisagée au niveau interfédéral, en étroite collaboration avec le niveau méso, et ceci avec une éventuelle application asymétrique par les entités fédérées. Le niveau méso peut s'organiser davantage, par exemple selon le principe d'une organisation en réseau.**

4. L'unité de niveau méso implique les partenaires appropriés dans son réseau et met en place une gouvernance appropriée à cette fin.

Le fonctionnement au niveau méso ne peut réussir que si les bons acteurs et les bonnes personnes sont inclus dans la gouvernance.

B2.2 La forme de l'unité au niveau méso

Le niveau méso représente le lieu de rencontre des organisations de soins et de l'aide et facilite l'interaction avec les niveaux micro et macro. Le niveau méso est responsable d'une population géographiquement définie et constitue donc la base pour que les structures existantes alignent leurs zones d'opération.

Le niveau méso peut s'organiser sous la forme d'un **réseau organisationnel**, qui est doté d'un mandat clair permettant d'exécuter des missions.

En effet, un réseau organisationnel relie et partage des informations, des ressources, des activités et des compétences afin de réaliser conjointement un résultat, à savoir l'organisation d'aide et de soins intégrés²².

Comme décrit précédemment, le niveau méso peut être asymétrique en établissant un lien avec les structures existantes (et celles en cours de construction) au sein de chacune des entités :

	Structures au niveau méso
En Flandre	<ul style="list-style-type: none"> • Zones de première ligne
En Wallonie	<ul style="list-style-type: none"> • Structures en formation, évolution possible
A Bruxelles	<ul style="list-style-type: none"> • 5 bassins d'aide et soins
Dans la communauté germanophone	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau ASI, en cours de réalisation

B2.3 Les missions de l'unité au niveau méso

Le niveau méso sera chargée des activités liées aux 10 missions jugées nécessaires pour l'organisation sociale santé intégrée (ou la gestion de l'intégration) conformément au pilotage au niveau macro. Ces missions ont été déterminées sur la base des contributions des parties prenantes et de cadres théoriques tels que la norme HSO « Integrated People-Centred Health Systems » (systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes) et sont importantes aux trois niveaux (micro, méso et macro) pour réaliser l'aide et les soins intégrés. Ce chapitre se concentre sur la mise en œuvre possible de ces missions au niveau méso, dans lequel les entités fédérées, en concertation avec l'autorité fédérale, déterminent et conviennent de la manière dont ces 10 missions seront concrétisées. Cela prend en compte les acteurs qui assumeront ces missions, les missions en cours, la priorisation mutuelle et la nature spécifique des programmes, à savoir : :

²² Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. Journal of public administration research and theory, 18(2), 229-252.

1. Gestion de la population

Il s'agit du processus d'évaluation et d'amélioration de la santé et le bien-être en général d'un groupe de personnes géographiquement défini par des actions ciblées basées sur les besoins détectés.

Possibilités pour réaliser cette tâche au niveau méso :

- Élaboration d'analyses environnementales locorégional et de plans politiques en collaboration avec tous les partenaires concernés et en conformité (relative et non forcée) avec les plans politiques des partenaires concernés.
- Rassembler des données quantitatives et qualitatives et faciliter une culture de la qualité dans laquelle ces données sont surveillées et des actions (supplémentaires) sont prises pour améliorer la santé et le bien-être de la population. *Il est important ici de se fixer des objectifs réalistes ; dans la phase de démarrage des réseaux organisationnels, on utilise donc mieux les indicateurs de processus que les indicateurs axés sur les résultats pour suivre leur progression.*
- Soutenir les différents professionnels des soins et de l'aide pour qu'ils atteignent des groupes cibles spécifiques en mettant en relation des professionnels pour partager et diffuser les connaissances de terrain de la population
Exemple : mise en relation de différents professionnels (comme des médecins généralistes avec des travailleurs de rue), afin de déterminer ensemble comment des actions ciblées peuvent être mises en place pour des groupes cibles spécifiques (comme les sans-abris) afin de réaliser des interventions de d'aide et de soins (comme la vaccination).

2. Aligner l'offre sur les besoins de la population, y compris le suivi de la capacité de soins :

Initier des programmes qui peuvent aider à faire correspondre l'offre de soins et de l'aide disponible à la demande, ainsi qu'à gérer de manière proactive la capacité au sein des soins et de l'aide.

Possibilités pour réaliser cette tâche au niveau méso :

- Alignement (ou intégration) des plans stratégiques de soins locaux entre les réseaux hospitaliers, les réseaux de santé mentale, les autres mésostructures, ...
- Afin de suivre l'offre de personnel d'aide et de soins, le bien-être mental des professionnels peut être surveillé à partir du niveau méso, afin que des actions puissent être prises en cas de besoin. Un questionnaire qui se qualifie pour cela est le questionnaire be.well.pro, qui fournit à la fois des conseils directs au professionnel, mais dont les résultats peuvent également être suivis au niveau méso et macro.
- Mettre en place un projet en collaboration avec la commune, le cercle des médecins généralistes et d'autres groupes professionnels afin de mettre en place une vaste pratique de soins primaires.
- Cartographier la capacité en termes de fonctionnement interdisciplinaire de la région (par exemple, la coopération existante entre les initiatives de soins et de l'aide, le nombre de case managers...).

3. Mise en application des politiques de promotion et de prévention de la santé:

Mettre sur pied, soutenir et coordonner des activités de promotion de la santé et de prévention en vue 1) d'améliorer ou de maintenir la santé et le bien-être de la population en général ; 2) pour soutenir les objectifs de soins de santé établis et 3) pour effectuer la transition des soins réactifs aux soins proactifs et à la détection précoce.

Possibilités pour réaliser cette tâche au niveau méso :

- Mettre en place des campagnes de promotion de la santé ou de prévention spécifiques et axées sur des groupes cibles, sur la base d'analyses de l'environnement ou de signaux provenant du niveau micro
- Mettre en œuvre des politiques ou des initiatives de prévention initiées par le

niveau macro et adaptées à la (aux) population(s).

Il est important de souligner que cette affectation particulière peut être asymétrique d'une entité fédérée à l'autre et qu'elle peut ne pas être incluse partout.

4. Développer les compétences de base des SI :

Mettre en place et déployer des initiatives et des actions pour fournir aux professionnels les connaissances et les compétences nécessaires en matière d'aide et de soins intégrés : réflexion et travail axés sur les objectifs, holistiques et interdisciplinaires.

Possibilités pour réaliser cette tâche au niveau méso :

- Promouvoir/organiser/coordonner des formations, des cours, des séminaires, des formations en ligne ou d'autres initiatives de formation portant à la fois sur les "hard skills" et les "soft skills" (par exemple, dans le domaine de l'aide et des soins intégrés et de la coopération interdisciplinaire : compétences en matière de communication, réflexion sur la qualité, gestion du temps, utilisation d'outils digitaux ; faire connaître l'offre de soins existante ou en cours de développement dans la région en ce qui concerne les parcours de soins, la case management, les outils digitaux, etc.

5. Autonomisation ou empowerment de la personne, soutien de l'aidant proche et du réseau informel :

Actions et initiatives qui contribuent à l'évolution d'un rôle passif vers un rôle plus actif de la personne et de son aidant proche ou d'autres personnes du réseau informel en tant que partenaires dans le processus de soins et de l'aide.

Possibilités pour réaliser cette tâche au niveau méso :

- Promouvoir les initiatives et les outils qui favorisent l'empowerment des personnes auprès des prestataires et des organisations de soins de santé.
- Sensibiliser la population aux concepts de soins coordonnés (ex. coordination de des soins et de l'aide, case management etc.) par des campagnes déployées au niveau macro, constituer un point de contact accessible pour les bénéficiaires de soins et leur réseau informel par rapport à ces notions
- Sensibiliser les prestataires d'aide et de soins à fournir des soins et un soutien ciblé, à améliorer la littératie en santé de la personne, à mener une communication axée sur la personne, etc.
- Impliquer les personnes et le réseau informel dans les organes de décision et les groupes de travail ou dans d'autres organes de consultation et de co-création afin de définir des politiques et d'élaborer des actions.

6. Stimuler / réaliser la continuité des soins :

En encourageant et/ou en réalisant la continuité au sein et entre les disciplines des soins (en travers des lignes et des pathologies) et du bien-être, nous nous concentrons principalement sur les actions liées à la stimulation, à la facilitation et à la coordination des collaborations interdisciplinaires, où les concepts de coordination des soins et de l'aide, de case management, de parcours de soins, etc. sont également présents.

Possibilités pour réaliser cette tâche au niveau méso :

- Stimuler l'intégration verticale et horizontale en adaptant et en mettant en œuvre de nouveaux processus de soins dans le contexte local et en stimulant et en déployant le case management, la coordination des soins et de l'aide, etc. Surveiller l'application de ces processus et ajuster si nécessaire ;
- Soutenir, faciliter et encourager le déploiement des processus de soins (sur la base des goulots d'étranglement actuels qui rendent plus difficile la coordination des soins) pour favoriser la coopération transmurale. L'organisation en réseau veille à une représentation paritaire des différentes disciplines concernées et

assume un rôle d'ambassadrice en valorisant auprès des professionnels la valeur ajoutée de ces processus de soins;

- Soutenir et encourager les prestataires de soins et de l'aide à travailler de manière interdisciplinaire, par exemple en élaborant une stratégie pour la mise en œuvre de pratiques concrètes (par exemple, l'examen des médicaments)
- Sensibiliser les professionnels afin qu'ils connaissent les conditions de démarrage, de poursuite et de clôture de la coordination des soins et le case management
- Faciliter, encourager la bonne utilisation (consultation, enregistrement des données, ...) d'outils tels que la carte sociale.

7. Faciliter le support digital :

Créer le cadre, développer et mettre en services les outils digitaux pour faciliter la collaboration et le partage de données entre la personne et son réseau informel et les différents acteurs du soin et de l'aide impliqués. De plus, promouvoir et faciliter l'utilisation secondaire des données (sur les soins) de santé à son niveau.

Possibilités pour réaliser cette tâche au niveau méso :

- Formation, organisation d'une communication sur les outils digitaux disponibles dans la région, sensibilisation
- Cartographie des outils digitaux pouvant être utilisés dans la région

8. Pour les programmes communs convenus, déterminer le déploiement et le suivi des ressources pour fournir des soins et un soutien, toujours en fonction des besoins de la population: *Dialogue conjoint sur l'ensemble du financement, de la budgétisation, de la gestion et du paiement/répartition des budgets sociaux et de soins dans une optique de soins et de bien-être qualitatifs (5 AIM) et intégrés.*

Possibilités pour réaliser cette tâche au niveau méso :

- Mise en place de programmes de soins ou de l'aide macrofinancés,
- Contrôler la consommation du budget en fonction du budget disponible

9. Gestion du changement

La réalisation des missions précédemment décrites car les partenaires impliqués, souvent des professionnels de l'aide et des soins, adoptent durablement les changements proposés quant à leur rôle/missions, tâches et comportements.

Possibilités pour réaliser cette tâche au niveau méso :

- En ce qui concerne toutes les initiatives à réaliser, organiser une concertation avec tous les partenaires concernés afin de définir et de concrétiser le "pourquoi", le "quoi" et le "comment" ; déterminer la stratégie et l'approche de la gestion du changement.
- Soutenir/guider les professionnels de la santé et de l'aide et les autres parties prenantes au niveau micro tout au long des changements.
- Coordonner et mettre en œuvre l'approche de gestion du changement convenue jusqu'au niveau micro (communication, sensibilisation, formation, coaching, facilitation des communautés d'apprentissage, suivi et ajustement, fonction de signal au niveau macro si nécessaire...).
- Déployer et rendre plus durable la bonne interprétation et application des concepts PIF (voir ci-dessous, par exemple la coordination des soins et de l'aide et le case management) ;
- Encourager les initiatives bottom-up et les expérimentations ;
- Organiser des réunions et établir des accords entre tous les partenaires concernés d'aide et de soins, les autorités locales et les représentants des personnes, des aidants-proches et du contexte informel afin de définir des objectifs et initiatives communs, et de concrétiser la collaboration nécessaire à cet égard ;

- Déployer, évaluer et ajuster les initiatives issues des plans politiques (voir la gestion de la population) ou d'autres programmes auto-initiés ou lancés par le niveau macro
- Retours d'expériences et des commentaires du niveau micro vers le niveau macro en vue d'ajustements ou d'améliorations des initiatives fédérales / régionales

10. Gestion de l'innovation

Organiser, surveiller et mettre en œuvre activement des activités, des partenariats, des processus et des politiques qui conduisent à la création d'une nouvelle valeur (ajoutée) substantielle dans le contexte de l'aide et des soins intégrés.

Possibilités pour réaliser cette tâche au niveau méso :

- Mettre en place et superviser des tests, des pilotes, initiés ou non par le niveau macro.
- Sur la base des besoins/expériences sur le terrain, proposer des idées d'innovation au niveau macro
- Organiser une communauté d'apprentissage dans la région

B2.4 Quels sont les acteurs qui font partie de cette unité et comment cela se traduit-il dans la gouvernance au niveau méso ?

Les acteurs des partenaires du cockpit qui devraient faire partie du réseau organisationnel peuvent être déterminés par les entités fédérées eux-mêmes. Toutefois, afin d'inclure les rôles et missions susmentionnés, il semble logique d'inclure au moins les acteurs pertinents pour l'intégration horizontale et verticale. -Dans ce cadre, on vise au maximum à s'aligner sur les structures définies par décret et sur les partenaires impliqués dans chaque région. Pour la Flandre, il s'agit des "conseils de soins" dans les zones de première ligne, tandis que pour les autres régions, ces unités sont encore en cours de création.

B2.5 L'unité en interaction avec les niveaux micro et macro : gouvernance

Pour accomplir chacune des dix missions, le réseau d'organisations devra établir une coopération étroite avec les niveaux micro et macro. Au niveau macro, nous pensons à un modèle de coopération qui permet la consultation, un flux d'informations fluide vers et depuis le niveau micro et pour monitorer et ajuster les performances du réseau organisationnel. Au niveau micro, nous pensons à un modèle de coopération flexible, en fonction des partenaires à impliquer, afin de se concerter, de poursuivre des objectifs communs et de réaliser un flux d'informations fluide en provenance et à destination du niveau macro.

B3. Aide et soins intégrés facilités par le niveau macro : la digitalisation

B3.1 Besoin actuel de digitalisation pour l'aide et les soins intégrés

Dans ce chapitre, nous examinons certains outils numériques nécessaires à la mise en œuvre de l'aide et des soins intégrés sur le terrain. Une politique de soins de santé et de bien-être axée sur les données est nécessaire pour réaliser la collaboration, la communication et le partage de données. Cela a déjà été décrit dans le Plan d'Action e-Santé 2022-2024, qui sert de « condition sine qua non » à ce PIF.

Le déploiement et la mise en œuvre d'un nombre de ces outils sont nécessaires pour permettre la transition finale vers l'aide et les soins intégrés et le travail au sein d'une équipe interdisciplinaire. L'annexe 4 donne un aperçu des besoins identifiés en matière d'outils et de digitalisation pour permettre l'aide et les soins intégrés, d'une part, et des initiatives qui les intègrent actuellement, d'autre part. Les principaux aspects pour lesquels les outils numériques devraient apporter un soutien sont la facilitation de la communication et du partage des données au sein d'une équipe interdisciplinaire au niveau micro et l'information sur les choix politiques au niveau méso macro.

Le besoin d'outils numériques pour soutenir la communication et l'échange de données peut être divisé en trois catégories ;

- 1) Un dossier électronique intégré contenant toutes les données médicales et autres relatives aux soins et à l'accompagnement d'un individu,
- 2) Un outil digital qui facilite la communication et la collaboration au sein d'une équipe interdisciplinaire,
- 3) Un tableau de bord permettant d'accéder aux données dans le cadre de la préparation et de l'évaluation des politiques et de la gestion de la population à différents niveaux.

Le constat est que ces différents besoins identifiés dans le cadre du plan interfédéral sont intégrés dans différents projets (en cours), pour mettre en œuvre le plan d'action eSanté 2022-2024. Par conséquent, le présent plan accorde également une attention maximale au plan d'action eSanté afin de déployer de manière efficace et efficiente les outils déjà en cours de développement (1 et 2) et d'entamer les procédures nécessaires pour façonner le développement d'un tableau de bord de recherche de données (3), de sorte que les aspirations du domaine puissent être satisfaites.

B3.2 Futurs outils numériques pour l'aide et les soins intégrés

B3.2.1 Un dossier électronique intégré pour l'équipe interdisciplinaire

Pertinence pour le PIF aide et soins intégrés

Sur le terrain, la nécessité d'un dossier électronique intégré du patient dans les trois langues nationales est soulignée depuis de nombreuses années, afin que les prestataires de soins et de l'aide et les personnes puissent échanger les informations nécessaires pour fournir de l'aide et des soins intégrés et multidisciplinaires de qualité à une personne, de manière claire, sûre et efficace. La collaboration, et donc la communication, est nécessaire au-delà des frontières, entre l'individu et son réseau informel, les prestataires de l'aide et des soins de première ligne et les soins spécialisés de deuxième ligne. De cette manière, un DPI facilite très concrètement l'intégration horizontale et verticale des soins et de l'aide, par exemple dans le cadre de la coordination des soins et de l'aide ou de l'application d'un parcours de soins. Pour ce faire, les conditions de base suivantes doivent être remplies :

- Chaque prestataire de l'aide et des soins en première et deuxième ligne devrait disposer de et avoir accès à un dossier électronique local.
- Des accords clairs devraient être conclus pour rendre techniquement et légalement possible le partage de données entre les fichiers électroniques locaux des professionnels.
- Dans le contexte de l'empowerment de la personne, celui-ci devrait avoir accès à ses propres données, pouvoir modifier l'accès des prestataires de soins et d'aide et pouvoir ajouter lui-même des données ou des informations.

L'actuel plan d'action eSanté comprend un certain nombre de projets qui mettent en œuvre les idées susmentionnées, et des dispositions techniques et juridiques sont prises dans le cadre de cette voie pour rendre tout cela possible. Ceci semble donc actuellement suffisant pour répondre à ce besoin dans le cadre du programme du plan interfédéral, sous réserve de l'attention portée à certains points spécifiques ci-dessous.

Projets pertinents dans le cadre du plan d'action eSanté pour la réalisation du PIF de l'aide et des soins intégrés

Pour permettre la création d'un dossier patient informatisé (DPI), le concept de "**Belgian Integrated Health Record**" (BIHR) a été introduit dans le plan d'action eSanté 2022-2024, dans lequel le DPI est considéré comme un élément essentiel pour la mise en œuvre de l'aide et des soins intégrés. Le DPI constitue le cadre de référence pour les systèmes numériques dans les soins de santé, qui devraient être totalement interopérables et multidisciplinaires en termes de données, de processus et d'organisation.

Concrètement, pour le DPI intégré, cela signifie que tous les acteurs des soins de santé doivent, d'une part, disposer d'un dossier électronique local pour pouvoir effectuer leurs propres opérations de manière efficace et qualitative et d'autre part, pouvoir également échanger des données avec d'autres. Les dossiers locaux se composent (1) d'informations locales, par exemple les notes personnelles des professionnels ou les communications/informations partagées avec la personne, et (2) d'informations partagées qui peuvent présenter un intérêt clinique ou de soutien. Les informations partagées comprennent les données que le professionnel peut lire dans les dossiers des autres membres de l'équipe de soins et les données que ce professionnel partage à son tour avec d'autres professionnels (de la santé) ayant une relation de soins avec la personne ou avec l'équipe de soins. L'ensemble des informations partagées à partir de tous les dossiers locaux forme l'image globale du dossier d'un citoyen. La source des données reste toujours à l'endroit où les données sont créées, mais elles peuvent être mises à disposition (partiellement) par le biais du système hub/metahub/système de coffre-fort de la santé décrit dans le BIHR.

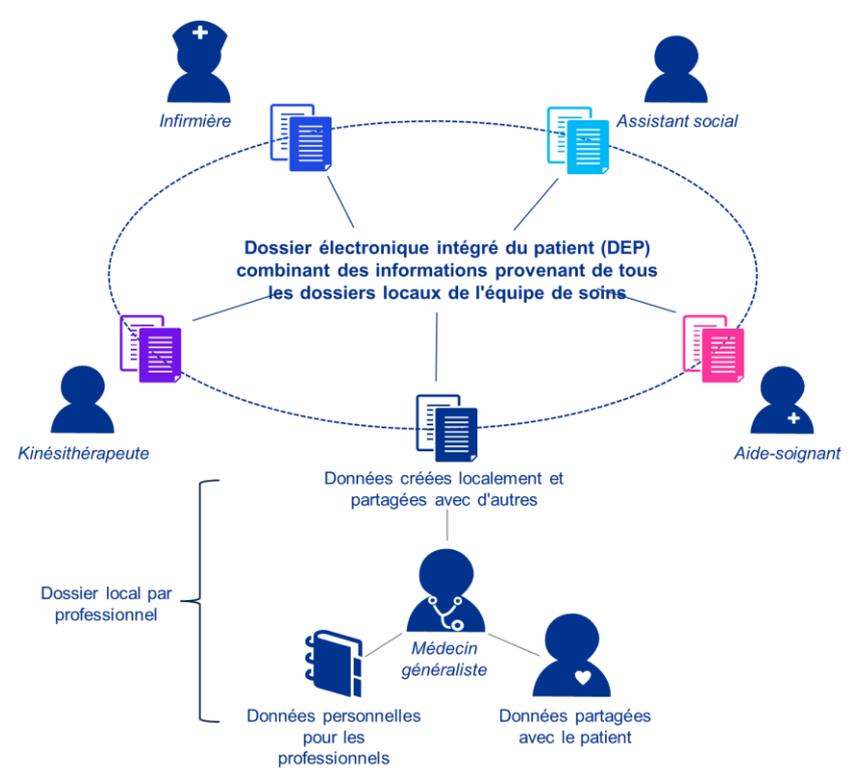


Figure 2 Vue d'ensemble de la création d'un dossier patient informatisé intégré, basé sur tous les dossiers locaux des prestataires de soins de santé et d'aide

Points d'attention du plan d'action eSanté pour la réalisation de l'aide et des soins intégrés

Techniquement, les données du DPI devraient être interopérables avec les systèmes existants des prestataires de soins de santé et d'aide dans différentes organisations et les citoyens devraient pouvoir accéder à leur dossier personnel via un portail fédéral tel que masante.be. En outre, le citoyen devrait avoir la possibilité de définir un accès plus ou moins strict à son dossier pour les professionnels.

Enfin, mais c'est un point crucial dans le contexte de l'aide et des soins intégrés, **non seulement les prestataires de soins de santé, mais aussi les prestataires de l'aide devraient avoir accès (à une partie) du dossier électronique d'une personne. Dans le cadre de eSanté, il convient donc d'assurer l'inclusion de tous les prestataires de l'aide et des soins dans l'utilisation des logiciels de dossiers électroniques et l'accès (minimal) aux données contenues dans le dossier du patient.** Cet aspect est déjà abordé dans le plan d'action actuel.

B3.2.2 Un outil digital pour la communication et la collaboration au sein d'une équipe interdisciplinaire

Pertinence pour le PIF aide et soins intégrés

Outre l'échange de données (cliniques), une équipe de soins interdisciplinaire a également besoin d'un moyen digital pour communiquer et faire des accords entre eux, par exemple dans le cadre de la coordination des soins et de l'aide ou du case management. Cela peut être nécessaire à la fois entre les professionnels et entre les professionnels et la personne et son réseau informel. L'objectif est de placer la personne au centre, avec un plan de soins et de soutien basé sur des objectifs de vie auxquels tous les membres de l'équipe interdisciplinaire collaborent. De cette manière, le processus de coordination des soins et de l'aide et de soins orientés sur les objectifs est activement facilité par un outil numérique qui rapproche les membres de l'équipe de soins, y compris la personne et son réseau informel.

Composantes nécessaires d'un outil de communication et de collaboration pour faciliter le travail interdisciplinaire dans le contexte de l'aide et des soins intégrés :

- Faciliter la communication au sein de l'équipe de soins de santé, grâce à une fonction de messagerie. Au moins, des données (médicales) devraient pouvoir être partagées de manière interdisciplinaire, par exemple une lettre de sortie de l'hôpital, mais cela ne remplace pas le dossier électronique intégré.
- Faciliter la coopération et la coordination au sein de l'équipe de soins en consignnant des accords concrets et en convertissant les objectifs de soins en tâches de soins concrètes assignées à une personne.
- Intégration d'un certain nombre d'outils essentiels, par exemple BelRAI, mais aussi d'outils dans le contexte des soins axés sur les objectifs. Ces outils permettent d'élaborer systématiquement le plan de soins et d'accompagnement en recueillant des informations pertinentes sur les objectifs de vie et de soins et sur le suivi des tâches de soins et d'accompagnement au fil du temps.
- Miser sur l'empowerment de la personne, par la gestion de ses propres données de santé et le suivi de son propre processus de soins avec les professionnels concernés. Des outils concrets, tels qu'un questionnaire PROM ou PREM ou un journal de bord, peuvent aider la personne à consulter l'équipe soignante. Le citoyen devrait également être en mesure de décider à tout moment quels professionnels font partie de son équipe de soins.
- Pour réduire la fracture numérique, des efforts supplémentaires devront être déployés pour impliquer les personnes vulnérables dans la communication et la collaboration au sein de leur équipe de soins et de soutien. Des options alternatives devront être envisagées pour les personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas utiliser d'outils numériques. Par ailleurs, le protocole d'accord, conclu le 28 juin 2023, prévoit qu'en collaboration avec des organisations d'aide locales telles que la Fondation Roi Baudouin, un plan sera soumis au Comité de gestion de la plateforme eHealth et à l'Interministériel de la santé pour combler la fracture numérique et assurer l'inclusion numérique.²³

La combinaison de chacun de ces aspects permettra de travailler au sein d'équipes interdisciplinaires, où tous les prestataires d'aide et de soins sont connectés numériquement avec la personne et son réseau informel et peuvent façonner et suivre le processus de soins et de soutien.

Projets pertinents dans le cadre du plan d'action eSanté pour la réalisation du PIF de l'aide et des soins intégrés

Pour répondre aux besoins de communication au sein d'une équipe interdisciplinaire, plusieurs projets émanant de différents Entités fédérées et du gouvernement fédéral sont actuellement en cours dans le cadre du plan d'action eSanté 2022-2024. Il s'agit notamment de ;

- Projet fédéral 4.2 : fonctionnalités multidisciplinaires
- La plateforme digitale de soins et d'accompagnement Alivia en Flandre
- Les projets du plan de relance wallon "Numérisation de l'ensemble du dossier de santé du citoyen wallon de manière structurée et intégrée" en Wallonie
- Le dossier résidentiel interdisciplinaire partagé dans les maisons de repos pour la Communauté germanophone.

²³ Art. 22 du protocole d'accord conclu le 28 juin 2023 en vue d'optimiser l'échange électronique et le partage d'informations et de données entre les acteurs compétents dans le secteur de la santé et du bien-être et de l'assistance aux personnes.

Points d'attention du plan d'action eSanté pour la réalisation de l'aide et des soins intégrés

Étant donné que les soins et le soutien peuvent être fournis au-delà des frontières des Entités fédérées et que le gouvernement fédéral et les gouvernements régionaux ont des compétences différentes en ce qui concerne les acteurs d'une équipe interdisciplinaire, le risque d'utiliser des outils différents ayant la même fonctionnalité au sein d'une même équipe interdisciplinaire est réel. Cela pose un risque de mauvaise communication au sein de l'équipe de soins de santé et peut causer de la frustration ou un manque de clarté chez les personnes. Pour les différents outils en cours de développement, il semble donc crucial qu'ils ne se chevauchent pas en termes d'utilisation/de finalité ou qu'ils soient totalement interoperables, de sorte que les données d'un système puissent être automatiquement transférées à l'autre, laissant au citoyen et au professionnel le soin de décider du système à utiliser. **Il semble donc approprié de conclure des accords à ce sujet entre le gouvernement fédéral et les Entités fédérées dans le cadre de eSanté, un protocole d'accord a été conclu à cet effet le 28 juin 2023.**

B3.2.3 Un tableau de bord pour déverrouiller les données au niveau de la population

Pertinence pour le PIF aide et soins intégrés

À la lumière d'une approche basée sur la population et du quintuple aim, l'utilisation des données pour guider les politiques et les interventions en matière de santé devient de plus en plus importante. Pour ce faire, un certain nombre d'exigences techniques doivent être satisfaites ;

- Les données doivent être collectées - à la fois par les professionnels et par les instances (gouvernementales) - d'une manière qualitative et standardisée.
- Les données doivent être trouvables et accessibles.
- Les données doivent être mises à disposition au moyen d'un tableau de bord clair et facile à interpréter.

Pour faciliter l'utilisation secondaire des données, l'Autorité des données de santé (ADS) a été récemment mis en place. L'objectif du ADS est, d'une part, d'améliorer la disponibilité des données sur la santé (les soins) et, d'autre part, de permettre l'accès à ces données d'une manière fiable et simple. En outre, l'utilisation secondaire des données est un élément important du plan d'action pour eSanté 2022-2024, qui vise à permettre la réutilisation des données à des fins d'innovation, de recherche et de développement, de gestion de la population et de soutien aux politiques. En lien avec l'initiative de l'ADS, les entités fédérées travaillent sur des initiatives similaires : la Flandre travaille sur le développement de la ZorgAtlas 2.0, visant à faciliter l'utilisation des données à des fins de recherche et de gestion de la population, à Bruxelles un tableau de bord est en cours d'élaboration par la COCOF, en Wallonie des initiatives de qualité sont en cours d'élaboration par le PAQS et s'appuient sur le projet W.all.in.health et SWISS système wallon d'informations socio-sanitaires) et dans la Communauté germanophone, ils mènent une étude de faisabilité sur la mise en œuvre de soins intégrés durables basés sur la population.

Dans le cadre du plan d'action eSanté, il est nécessaire de mettre en place des projets concrets dans lesquels les données sont collectées et des tableaux de bord sont développés permettant de les exploiter à différents niveaux. **Le lancement de tels projets, ou l'extension d'initiatives existantes dans le cadre du plan d'action actuel et du prochain plan d'action eSanté, semble donc être une prochaine étape importante.** Un exemple d'une nouvelle initiative faisant l'objet de discussions est le programme "Technical Support Instrument (TSI)" pour de l'aide et des soins intégrés axés sur la

personne, lancé par la Commission européenne. En outre, le ZorgAtlas 2.0 de la Flandre constitue un exemple d'une initiative existante qui pourrait éventuellement être utilisée à plus grande échelle. Nous décrivons ci-dessous les données qui pourraient être déverrouillées en vue d'une utilisation secondaire aux niveaux micro, méso et macro.

Éléments à inclure pour réaliser l'utilisation secondaire des données au niveau micro

Au niveau micro, il est utile pour les professionnels d'aide et de soins de se faire une idée de la population dont ils s'occupent en tant que professionnels. Cela leur permet de répondre plus spécifiquement aux besoins de cette population et de contrôler l'effet de certaines interventions, mais aussi de vérifier si les mesures nécessaires sont prises à l'égard de tous les individus dans le contexte de l'amélioration de la qualité. Ce retour d'information au niveau micro peut inciter les prestataires de soins de santé et de services sociaux à enregistrer systématiquement des données dans les DPI, étant donné que des données très différentes pourront être collectées par groupe professionnel ; c'est la combinaison de ces données qui peut permettre une analyse très précieuse de la population au niveau méso.

Le baromètre du diabète pour les médecins généralistes du consortium Data4PHM est un exemple de projet qui réalise la collecte de données et le retour d'information au niveau micro. Les indicateurs qui sont logique de collecter peuvent être combinés dans un ensemble de soins, par exemple : diagnostic, médicaments, tests de laboratoire, complications, comorbidités, âge, sexe.... La compréhension de ces données au niveau micro, peut aider les médecins généralistes à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients diabétiques.

Les exigences minimales d'un tableau de bord pour le retour d'informations au niveau micro peuvent être complétées par des informations provenant du monde universitaire (par exemple, par le biais du consortium data4PHM) et par la vision concrète et l'expérience déjà acquises au sein des Entités fédérées.

Éléments à inclure pour réaliser l'utilisation secondaire des données au niveau méso

Pour mettre en œuvre qualitativement les missions définies dans le cadre de ce plan interfédéral au niveau méso, la mise à disposition de données agrégées à ce niveau est cruciale. L'utilisation de données pour caractériser une population et déterminer des interventions pertinentes au niveau méso a pris une grande importance ces dernières années, par exemple dans le cadre du suivi de la couverture vaccinale de la population pour COVID-19. Idéalement, cette expérience devrait être mise à profit dans le cadre des projets du plan actuel et du prochain plan eSanté.

En outre, les données au niveau méso peuvent fournir des indications sur les performances du système de soins, à la fois par le biais d'indicateurs d'expérience (par exemple, la satisfaction) et par le suivi d'indicateurs généraux liés aux soins et au bien-être (par exemple, la couverture vaccinale, le dépistage du cancer du sein ou le diagnostic d'une certaine pathologie telle que le diabète). De cette manière, les réseaux d'organisations peuvent suivre l'évolution d'un indicateur pour savoir si les actions entreprises aboutissent au résultat souhaité et procéder à des ajustements si nécessaire (via un cycle PDCA - plan, do, check, act). Pour permettre cette réflexion sur la qualité dans la pratique, il convient de disposer de données actualisées adaptées au groupe cible visé.

Il semble utile de se concentrer dans un premier temps sur un ensemble plus limité d'indicateurs faciles à interpréter et disponibles pour l'ensemble de la population, de sorte que la compilation de la source de données et l'élaboration d'un tableau de bord puissent se faire relativement rapidement. Idéalement, les indicateurs provenant de différentes sources de données nationales (par exemple INAMI, l'Agence InterMutualiste (AIM) et Statbel) pourraient être liés au niveau individuel.

Dans un tableau de bord, ces données sont affichées à un niveau agrégé, de sorte que les informations (sensibles du point de vue de la vie privée) ne puissent jamais être rattachées à un individu.

Éléments à inclure pour parvenir à une utilisation secondaire des données au niveau macro

Un tableau de bord au niveau macro peut aider les politiques à détecter les besoins généraux et spécifiques de la population et à contrôler l'impact des interventions, de sorte que les lignes directrices et les mandats pour les niveaux méso et micro puissent être alignés en conséquence. Cela est en ligne avec le programme "Technical Support Instrument (TSI)" mentionné précédemment. En Belgique, le projet est actuellement en phase de conception et d'application et vise à développer un tableau de bord pour soutenir la gestion de la santé de la population en Belgique. En outre, la qualité des soins peut également être contrôlée de manière plus générale au niveau macro. Il semble important, dans le cadre de la transition vers l'aide et les soins intégrés, d'accorder une attention suffisante aux indicateurs de processus et aux aspects davantage liés à la culture, plutôt que de se contenter d'indicateurs axés sur les résultats

B 4. Vers une collaboration structurelle au niveau macro pour le suivi de l'aide et des soins intégrés en Belgique

Étant donné que la transition vers de l'aide et des soins intégrés est un processus complexe qui se déroulera progressivement dans le temps, il semble crucial d'établir une collaboration structurelle avec une gouvernance interfédérale correspondante entre les entités fédérées et le gouvernement fédéral. Chaque gouvernement devra prévoir la capacité de changement et de transition nécessaire pour concrétiser cette évolution.

B 4.1 Une gouvernance appropriée pour le suivi et la gestion des SI

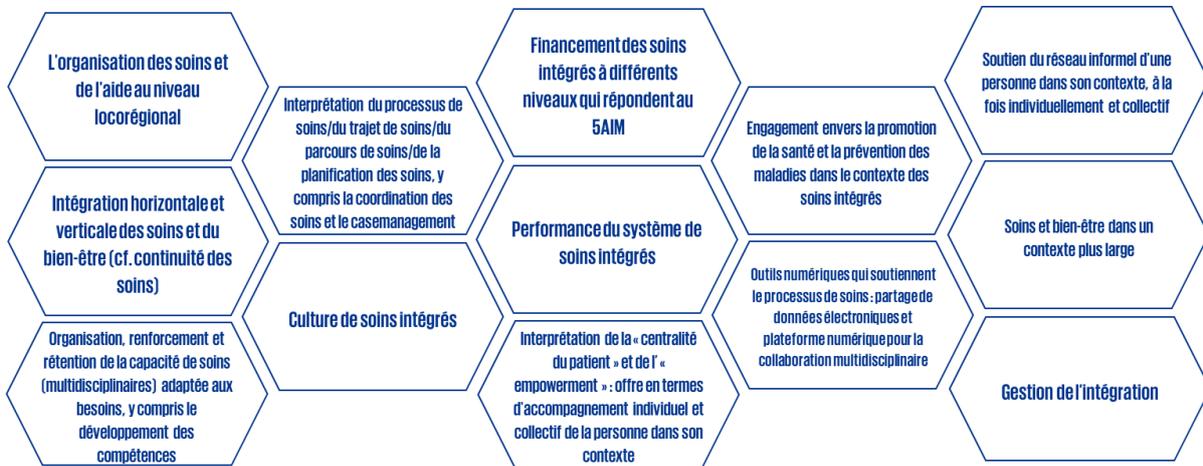
Actuellement, plusieurs organes interfédéraux sont déjà actifs pour suivre l'évolution de l'aide et des soins intégrés, notamment le CIM Santé Publique et le GTI Aide et Soins Intégrés. Outre ces organes, il existe d'autres GTIs au sein desquels les initiatives liées à l'ASI sont discutées : GTI Prévention, GTI Santé Mentale, GTI e-Santé, GTI professions de santé, GTI Hôpitaux... C'est pourquoi il est nécessaire de disposer d'un organe interfédéral, comme la Plateforme Inter-Administrative (PIA) existante, qui puisse établir les liens nécessaires entre les acteurs, les projets et les organes concernés des différentes administrations. En outre, cet organe devrait également surveiller l'alignement sur les initiatives d'ASI, présentant un intérêt interfédéral, qui sont développées au sein d'une entité mais qui ne sont pas (encore) notifiées dans un GTI.

B 4.2 La capacité de changement et de transition nécessaire

Pour mettre en œuvre et ancrer durablement les concepts décrits précédemment dans ce PIF, il est nécessaire de prévoir, au niveau macro, la capacité de changement et le soutien nécessaires. Spécifiquement au niveau méso, un soutien est nécessaire depuis le niveau macro en termes d'organisation, de développement des compétences et de partage d'informations. Le changement de culture qui doit être facilité au niveau méso devra en effet se produire au niveau méso. Dans cette optique, un maximum d'efforts est fait ici pour permettre aux initiatives bottom-up de se développer afin de réaliser la transition vers l'aide et les soins intégrés.

B5. Annexes

B5.1 Annexe 1: les 13 thèmes récurrents de la phase 1 du programme PIF ASI



B5.2 Annexe 2: les différentes définitions et perspectives de l'aide et des soins intégrés

Du point de vue des processus :

“Integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organizational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors. The goal of these methods and models is to enhance quality of care and quality of life, consumer satisfaction, and system efficiency for people by cutting across multiple services, providers, and settings. Where the result of such multi-pronged efforts to promote integration leads to benefits for people, the outcome can be called integrated care” (adapted by WHO (2016)11 from Kodner et al. (2002)16)

Du point de vue de “whole of systems”:

The search to connect the healthcare system with other human service systems (e.g., long-term care, education and vocational and housing services) to improve outcomes (clinical, satisfaction and efficiency)”. 17 “Care integration relates to connectivity, alignment of, and collaboration between social services, public health, citizens and communities” (van Duijn et al. (2018)18 in Kaehne and Nies (2021)19 p4).

Du point de vue des soins chroniques:

Initiatives seeking to improve outcomes for those with (complex) chronic health problems and needs by overcoming issues of fragmentation through linkage or coordination of services of different providers along the continuum of care”.

Du point de vue d'un gestionnaire de soins de santé:

The process that involves creating and maintaining, over time, a common structure between independent stakeholders (and organisations) for the purpose of coordinating their interdependence in order to enable them to work together on a collective project”.

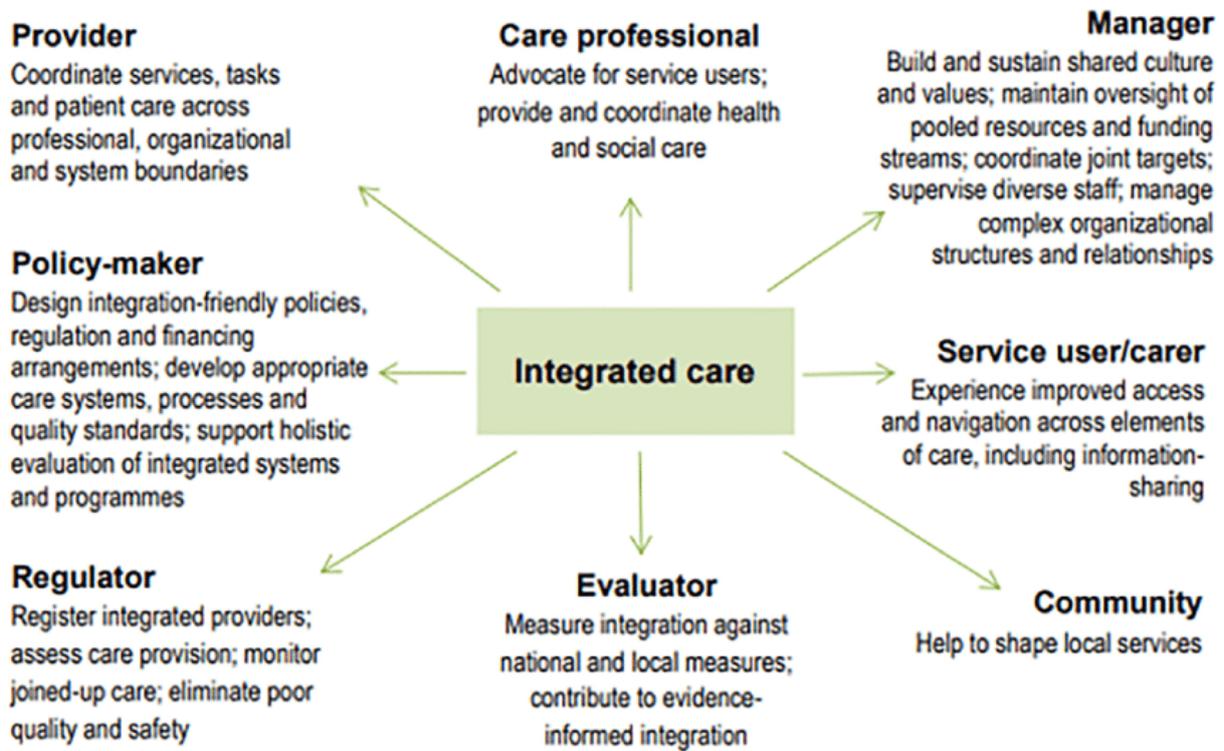
Du point de vue de la personne :

My care is planned with people who work together to understand me and my carer(s), put me in control, coordinate and deliver services to achieve my best outcomes”.

Source: Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Grootte J, Schoonaert L, Vercruyssen H, Vlaemynck M, Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede K, Benahmed N. Towards integrated care in Belgium: stakeholders' view on maturity and avenues for further development. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2022. KCE Reports 359. D/2022/10.273/xx

B5.3 Annexe 3: stakeholder groups involved in integrated care

World Health Organization, Integrated Care Model: an overview, 2016 (Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health)



DOCUMENT DE DISCUSSION

B5.4 Annexe 4 : Besoins capturés en matière de communication et de partage de données en termes d'outils numériques sur le terrain

Type d'impact	Objectif	Besoin concret et possibilités	Exemples déjà utilisés ou initiatives en cours de développement susceptibles d'entrer en ligne de compte	Timing (pour autant qu'il soit connu)
---------------	----------	--------------------------------	--	---------------------------------------

Communication et partage de données en lien avec un cas entre prestataires de soins et acteurs du bien-être (équipe de soins) à propos d'une personne donnée = niveau micro

Communication en face à face	Concertation, discussion de cas	<ul style="list-style-type: none"> Formes de concertation financées Instruments pour utilisation en ligne/hybride 	<ul style="list-style-type: none"> Concertation multidisciplinaire Siilo - téléphone - MS Teams - Zoom... 	Révision du MDO par la Flandre, timing inconnue
Communication écrite	Pouvoir partager des notes / rapports / questions avec d'autres membres de l'équipe de soins concernant un patient, le patient dans son réseau informel incl.	<ul style="list-style-type: none"> Plateforme de communication (en ligne) avec l'équipe de soins de santé, y compris le patient dans un réseau informel Pouvoir ajouter des notes au dossier patient, visibles pour les autres professionnels Pouvoir partager les rapports d'un professionnel des soins 	<ul style="list-style-type: none"> Digitaal Zorgplatform Vlaanderen Project 4.2 Fonctionnalités multidisciplinaires (cf. plan e-santé) eHealthBox personnelle pour les prestataires de soins Siilo (fonction d'équipe de soins) Dossier patient électronique intégré (cf. BIHR, plan e-santé) 	<ul style="list-style-type: none"> Alivia : livraison du MVP à l'automne 2023 Projet 4.2: calendrier inconnu Projet 282: calendrier inconnu BIHR en cours, également au cours du prochain plan d'action à partir de 2025
	Être en mesure d'appliquer des soins ciblés	Enregistrement des objectifs de vie et des objectifs de soins traduits d'un patient, visibles pour les prestataires de soins et les aidants concernés et la personnelui-même. Des outils pour identifier les besoins de soins des individus.	<ul style="list-style-type: none"> Dossier patient électronique intégré (cf. BIHR, plan e-santé) Belrai 	<ul style="list-style-type: none"> BIHR en cours, également au cours du prochain plan d'action à partir de 2025
	Pouvoir appliquer des soins axés sur la personne et les 5AIM	Enregistrement des Patient Reported Outcome Measures (PROM) et des Patient Reported Experience Measures (PREM)	<ul style="list-style-type: none"> Projet avec (une combinaison de) différents questionnaires en phase pilote EQ-5D, PROMIS-10, PaRIS, PACIC, P3CEQ Dossier patient électronique intégré (BIHR, cf. plan e-santé) 	<ul style="list-style-type: none"> Étude pilote en agencement avec Sciensano BIHR en cours, également au cours du prochain plan d'action à partir de 2025

Communication et partage de données entre prestataires de soins et acteurs du bien-être concernant tout ce qui ne touche pas à une personne donnée, mais à propos des soins dans une région donnée = niveau méso

Communication	Pouvoir conclure des	<ul style="list-style-type: none"> Formes de concertation financées 	<ul style="list-style-type: none"> Sur base volontaire ou financement dans le 	
---------------	----------------------	--	--	--

DOCUMENT DE DISCUSSION

B0
B1
B2
B3
B4
B5

en face à face	accords sur les processus / l'approche etc. pour des domaines de pathologie spécifiques et la collaboration générale.	(par ex. intervision, concertation au niveau méso pour définir les processus / protocoles...) <ul style="list-style-type: none"> • Instruments pour utilisation en ligne/hybride • Instrument facilitant l'autoréflexion et la création d'un langage commun 	contexte d'un projet <ul style="list-style-type: none"> • Téléphone - MS Teams - Zoom... • Scirocco – HSO,... 	
Communication écrite	Partage d'informations / protocoles ... et possibilité de poser des questions sur la collaboration générale	Plateforme permettant de partager des informations / protocoles et de poser des questions au niveau locorégional	<ul style="list-style-type: none"> • MS Teams • (pas encore de plateforme spécifique) 	

Mise à disposition de données au niveau micro et au niveau macro pour une approche et une évaluation axées sur les populations

Dashboard	Collecte d'informations concernant les besoins de soins et l'offre de soins dans une région	<ul style="list-style-type: none"> • Dresser l'inventaire des besoins de la population dans la région • Adapter l'offre (y compris les actions ciblées) à ces besoins. • Évaluer le résultat des actions et orienter ces actions sur la base d'indicateurs ciblés (propres aux différentes pathologies et généraux, par ex. PREM) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sources de données telles que provincies.incijfers, atlas AIM... • Zorgatlas Vlaanderen • Dashboard de la KU Leuven pour médecins généralistes (projet-pilote à partir de 2023) <p>Permettre l'utilisation secondaire des données du BIHR (cf. plan e-santé)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expansion Zorgatlas : calendrier inconnue • Data4PHM : calendrier inconnue <p>BIHR en cours, également au cours du prochain plan d'action à partir de 2025</p>
-----------	---	--	--	---

DOCUMENT DE DISCUSSION

Ce rapport est destiné uniquement à l'information et à l'utilisation de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et des groupes cibles que le pouvoir adjudicateur souhaite impliquer. Ce n'est pas destiné à, ni ne doit être utilisé par, quiconque autre que ces parties spécifiées.

Toute partie qui obtient une copie et choisit de s'en prévaloir à quelque titre que ce soit le fait à ses propres risques.

WeCare n'accepte aucune responsabilité pour l'utilisation du présent rapport autre que pour le but pour lequel il a été préparé et n'accepte aucune responsabilité envers d'autres parties que l'INAMI