

PROPOSITION DE TEXTE (DRAFT)

Plan interfédéral de soins intégrés¹

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

Ce projet de texte fait partie du programme du Plan Interfédéral de Soins Intégrés et présente l'état d'avancement du programme en juillet 2023. Le texte regroupe nombreuses lignes de pensée différentes sur 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 texte contient le raisonnement, développe les concepts (préliminaires) et fournit une boussole de contenu large. Toutefois, il ne doit en aucun cas être considéré comme une version finale et qui ne fait pas non plus l'objet d'un consensus politique sur son contenu. Au cours des semaines et des mois à venir, le contenu de ce projet de texte évoluera.

¹ Les soins comprennent à la fois les soins de santé et le bien-être

Situation du document

Ce rapport concernant l'état d'avancement vise à faire le point sur le programme Interfédéral de soins intégrés (PIF SI) qui a été initié par le cabinet Vandenbroucke, 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 de Soins Intégrés
- Soutien à 3 types de groupes de projets : 12 partenariats de soins intégrés, 19 projets Protocole 3 et 32 projets dans le cadre de la convention sur les soins psychologiques de 1re ligne

Elaboration de la "proposition de texte plan interfédéral de soins intégrés"

Depuis janvier 2023, la phase 2 du programme PIF SI 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 soins² et case management, y compris le lien avec les processus de soins
- Travail interdisciplinaire
- Organisation 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 une "**proposition de texte plan interfédéral de soins intégrés**", qui, dans le cadre de ce projet, peut être considéré comme le **deuxième rapport intermédiaire**. Ils contiennent des concepts clés pour la réalisation des soins intégrés aux niveaux micro, méso et macro et forment ainsi la base du Plan Interfédéral en préparation.

² Le terme 'coordination des soins' utilisé dans ce document inclut à la fois la coordination des soins et de l'aide.

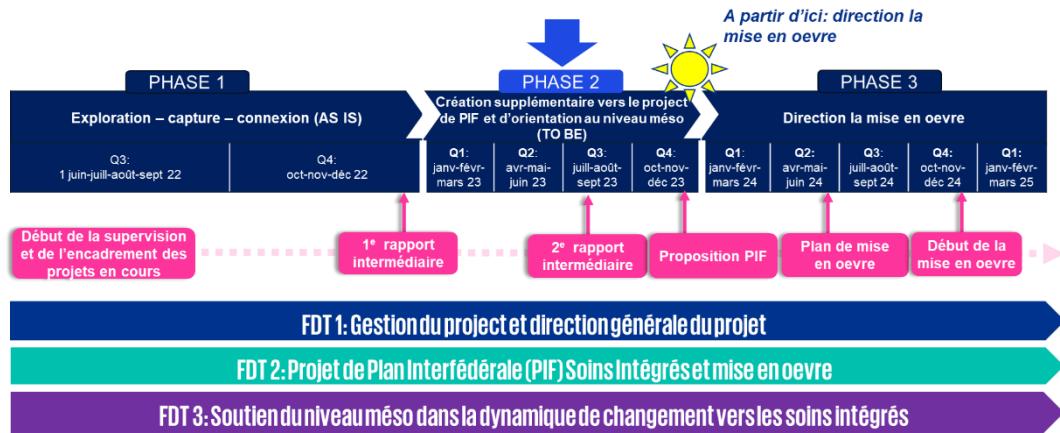


Image 1 : les différentes phases du programme du Plan Interfédéral de Soins Intégrés

Description du processus

La proposition de texte PIF SI 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 aux 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 les soins intégrés en Belgique.

Les étapes suivantes

La proposition actuelle de texte PIF reflète la **vision préliminaire en ce moment** des soins intégrés. Ces idées ne sont **pas encore définitives** et seront approfondies et développées dans les mois à venir.

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 les soins intégrés sont en cours dans chaque entité fédérée et au sein du gouvernement fédéral. Le PIF prend forme dans un contexte en évolution permanente où des questions très concrètes émergent et nécessitent des engagements concrets.

Après les vacances d'été, les activités du programme reprendront afin d'aboutir à un ensemble d'engagements concrets à l'automne 2023, aussi clairement que possible. Un calendrier concret est encore en cours d'élaboration.

L'accompagnement de transition pour les trois groupes de projets sera également réajusté. En effet, le contenu de l'accompagnement de transition sera fortement déterminé par l'écart entre le contexte actuel et le contexte futur dans lequel ces projets fonctionneront. Ce contexte futur dépendra des engagements concrets dans le cadre du plan interfédéral des SI.

CONTENU

0	<u>Introduction: vers un cadre générique basé sur une vision partagée et des principes communs</u>	8
0.1	<u>Contexte actuel des soins de santé en Belgique et description de l'histoire de soins et de l'aide intégrés</u>	8
0.2	<u>Nécessité d'une dynamique de changement belge unifiée et d'un plan d'accompagnement vers les soins intégrés</u>	9
0.2.1	<u>Les éléments clés du plan interfédéral</u>	11
1	<u>Soins intégrés au niveau micro</u>	14
1.1	<u>Travail interdisciplinaire</u>	14
1.2	<u>Les parcours de soins en cours de développement ou futurs</u>	15
1.2.1	<u>Situation actuelle et défis en matière de (création de) parcours de soins</u>	15
1.2.2	<u>Pour les parcours de soins existants : Réalisation de la continuité des soins dans la pratique</u>	17
1.2.3	<u>Pour les futurs parcours de soins : vers un processus de collaboration structurelle pour une mise en œuvre cohérente des concepts des SI</u>	17
1.2.4	<u>Alignement entre les parcours de soins et les soins coordonnés pour la santé et le bien-être</u>	19
1.3	<u>Soins coordonnés pour la santé et le bien-être</u>	19
1.3.1	<u>État actuel de la mise en œuvre de la coordination des soins et de l'aide et du case management</u>	19
1.3.2	<u>Profil de compétences pour la coordination des soins et de l'aide</u>	20
Tâches		20
Rôle		22
Démarrage, durée et fin		22
Type de professionnels de l'aide et/ou des soins et compétences		23
1.3.3	<u>Profil de compétences pour le case management</u>	24
Tâches		24
Fonction		25
Démarrage, durée et fin		25
Type de professionnels de l'aide et/ou des soins et compétences		26
1.3.4	<u>Organisation de la capacité, la gestion et l'évaluation de la coordination des soins et de l'aide et le case management</u>	27
Pour la coordination des soins et de l'aide:		27
Pour le case management:		27
Assurer l'intégration horizontale et verticale des soins		27
1.3.5	<u>Distinction entre la coordination des soins et de l'aide et du case management</u>	28
1.3.6	<u>Distinction entre la coordination des soins et de l'aide indemnisable et non indemnisable</u>	28
2	<u>Organiser les soins intégrés au niveau locorégional</u>	29

<u>2.1 Principes de bases</u>	29
<u>2.2 La forme de l'unité au niveau méso</u>	31
<u>2.3 Les missions de l'unité au niveau méso</u>	31
<u>2.4 Quels sont les acteurs qui font partie de cette unité et comment cela se traduit-il dans la gouvernance au niveau méso ?</u>	35
<u>2.5 L'unité en interaction avec les niveaux micro et macro : gouvernance</u>	35
<u>3 Soins intégrés facilités par le niveau macro : la digitalisation</u>	36
<u>3.1 Besoin actuel de digitalisation pour les soins intégrés</u>	36
<u>3.2 Futurs outils digitaux pour les soins intégrés</u>	36
<u>3.2.1 Un dossier électronique intégré pour l'équipe interdisciplinaire</u>	36
<u>Pertinence pour le PIF soins intégrés</u>	36
<u>Projets pertinents dans le cadre du plan d'action eSanté pour la réalisation du PIF des soins intégrés</u>	37
<u>Points d'attention du plan d'action eSanté pour la réalisation des soins intégrés</u>	38
<u>3.2.2 Un outil digital pour la communication et la collaboration au sein d'une équipe interdisciplinaire</u>	38
<u>Pertinence pour le PIF soins intégrés</u>	38
<u>Projets pertinents dans le cadre du plan d'action eSanté pour la réalisation du PIF des soins intégrés</u>	39
<u>Points d'attention du plan d'action eSanté pour la réalisation des soins intégrés</u>	39
<u>3.2.3 Un tableau de bord pour déverrouiller les données au niveau de la population</u>	40
<u>Pertinence pour le PIF soins intégrés</u>	40
<u>Éléments à inclure pour réaliser l'utilisation secondaire des données au niveau micro</u>	40
<u>Éléments à inclure pour réaliser l'utilisation secondaire des données au niveau méso</u>	41
<u>Éléments à inclure pour parvenir à une utilisation secondaire des données au niveau macro</u>	41
<u>4 Vers une collaboration structurelle au niveau macro pour le suivi des soins intégrés en Belgique</u>	44
<u>4.1 Une gouvernance appropriée pour le suivi et la gestion des SI</u>	44
<u>4.2 La capacité de changement et de transition nécessaire</u>	44
<u>5 Annexes</u>	45
<u>5.1 Annexe 1: les 13 thèmes récurrents de la phase 1 du programme PIF SI</u>	45
<u>5.2 Annexe 2: les différentes définitions et perspectives des soins intégrés</u>	45
<u>5.3 Annexe 3: stakeholder groups involved in integrated care</u>	46
<u>5.4 Annexe 4 : Besoins capturés en matière de communication et de partage de données en termes d'outils digitaux sur le terrain</u>	48

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

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 personne³ 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 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 financement des soins psychologiques de première ligne⁴.

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

³ 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".

⁴ Annexe 3 à la note 2021/239 du Comité des assurances sur l'organisation et le financement des soins psychologiques primaires

"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 de soins intégrés, dans lequel des accords sont conclus pour réaliser les soins intégrés à partir d'un cadre de référence générique commun et dans lequel sont établies les bases d'une coopération structurelle.

Nécessité d'une dynamique de changement belge unifiée et d'un plan d'accompagnement vers les soins intégrés

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 "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 les soins intégrés. Il a déjà dressé plusieurs bilans de l'état d'avancement des soins intégrés en Belgique, suggérant des domaines d'action.

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

1. Une meilleure expérience des soins pour la personne/patient ;
2. Amélioration 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 ressources disponibles ;
4. Améliorer le bien-être du personnel des soins et de l'aide;

⁵ 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, Vercruyse 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.

5. Réaliser une plus grande équité dans l'accès à la santé et aux soins de santé (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 les soins intégrés en Belgique est relativement lente, avec de nombreux points d'interrogation sur ce à quoi ressemblent 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 de soins intégrés peuvent différer les uns des autres. Ces différents points de vue compliquent la définition ou l'interprétation univoque du concept 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 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 a sa propre vitesse et point de départ à partir desquels les changements vers 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 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 personne⁶, du manager de soins⁷ ou d'une perspective de soins chroniques⁸ à une perspective plus orientée vers les processus⁹ et "l'ensemble du système"¹⁰. 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 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 les soins intégrés. L'une des composantes de cette stratégie est l'élaboration d'un plan interfédéral pour les soins intégrés, décrivant ce que sera la prochaine étape des soins intégrés dans la pratique. Les éléments clés de ce plan interfédéral sont présentés ci-dessous.

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 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 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 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 :

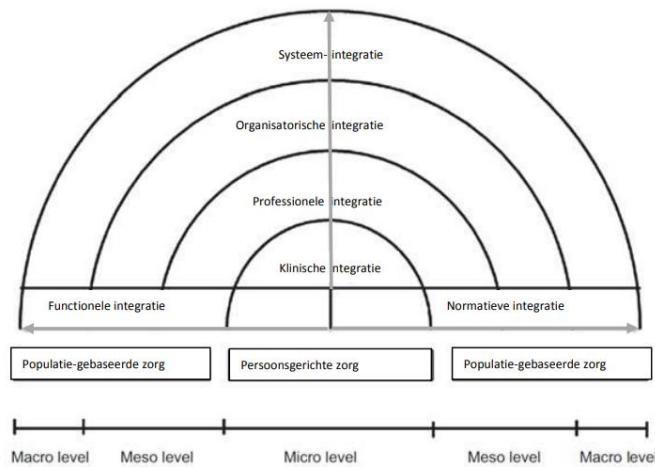
⁶ National Voices. A narrative for person-centred coordinated care [Web page]. 2013 [cited 18/05/2022]. Available from: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/nvnarrative-cc.pdf>

⁷ 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>

⁸ 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

⁹ Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002;2:e12

¹⁰ 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 ¹¹ 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 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 que 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) :

¹¹ 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 et 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 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 des soins intégrés aux niveaux micro, méso et macro, les autres éléments 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 les soins intégrés peuvent être réalisés.

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 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 personnesont 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 spécifique¹². 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.

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**

¹² 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 poursuivi¹³.

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 multidisciplinaires¹⁴, la plateforme digitale de soins et d'accompagnement Alivia en Flandre¹⁵, 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 Wallonie¹⁶ 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.

Les parcours de soins en cours de développement ou futurs

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

¹³ Page R. Interprofessional education: principles and application. A framework for Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 2009;29:145-64.

¹⁴ *Het project 4.2 multidisciplinaire functionaliteiten voor een efficiënte multidisciplinaire en transmurale werking*

¹⁵ *Het Digitaal zorg- en ondersteuningsplan ALIVIA vanuit Vlaanderen als communicatie- en planningsinstrument om doelgerichte zorg, georganiseerd rond de persoon, te ondersteunen*

¹⁶ Vijf projecten uit het herstelplan van de Waalse regering hebben betrekking op g-gezondheid; meer bepaald de hervorming van gezondheidsbevordering en preventie door 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 les soins intégrés. Le cadre de l'OMS « integrated people-centred health services »¹⁷ 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 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

¹⁷ 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).

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 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 :

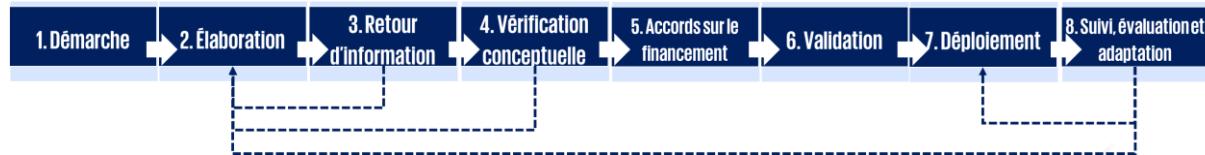
- Le cadre générique est inclus dans les différents groupes de travail où les concepts connexes sont encore en cours de rédaction ;
- Un responsable par groupe de travail est désigné, qui est toujours responsable d'assurer l'alignement conceptuel au cours du développement ultérieur des parcours de soins ;
- 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 des soins intégrés.

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?*

Alignment 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.

Soins coordonnés pour la santé et le bien-être

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 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'aïdant 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'OMS¹⁸ 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.

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

¹⁸ [Integrated care models: an overview \(who.int\)](https://www.who.int/teams/health-systems/integrated-care-models)

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.

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), "référents (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 des soins intégrés peut être encouragée sur les plans conceptuel, organisationnel et financier, plutôt que de se concentrer sur des réglementations fragmentées.

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 administratives¹⁹. Les missions correspondent à :

¹⁹ Il s'agit d'une mise à jour de ce qui a déjà été convenu en 2019.

- 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 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 (par exemple, via la plateforme digitale multidisciplinaire ou via BelRAI) et des personnes.
- 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 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, de ses droits en la matière 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 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. Dans la mesure du possible, il 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 est nécessaire. Nous nous référerons 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'aide 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'aide 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 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 il 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 ;

Profil de compétences pour le case management

Tâches

- Pour les missions de case management:

- Le case manager sert de ligne d'assistance externe à l'équipe de soins 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
 - 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 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) ;
 - 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 estimation 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 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.

0.1.1 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 intervisions) 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 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 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'intervision) 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.

Assurer l'intégration horizontale et verticale des soins

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.

0.1.2 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 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.

0.1.3 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.

Organiser 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 des soins intégrés. L'organisation 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 définie²⁰. 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.

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

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

²⁰ [Accountable Care Organizations \(parliament.uk\)](https://www.parliament.uk/research-briefings/research-papers/accountable-care-organisations/)

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 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: Gouvernement 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. Il sera examiné au niveau interfédéral dans quelle mesure l'unité au niveau méso reçoit des responsabilités substantielles et financières pour un certain nombre de missions. L'unité est organisée selon le principe de l'organisation en réseau.²¹

²¹ Actuellement, ce paragraphe fait encore l'objet de discussions avec les entités fédérées. Il est important de noter qu'il n'y a pas de consensus avec la Flandre sur ce point.

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.

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'une personnalité juridique et d'un mandat clair permettant d'exécuter des missions.

Le principe du réseau organisationnel se rapproche le plus du modèle théorique ACO. 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 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">- Organisations loco-régionales de santé²³
A Bruxelles	<ul style="list-style-type: none">- 5 bassins d'aide et soins, chacun soutenu par 1 équipe de Brusano
Dans la communauté germanophone	<ul style="list-style-type: none">- à déterminer

0.2 Les missions de l'unité au niveau méso²⁴

La structure du réseau au niveau méso sera chargée des activités liées aux 10 missions jugées nécessaires pour l'organisation sociale santé intégrée (ou la gestion de l'intégration). 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 les soins intégrés. Ce chapitre se concentre sur la mise en œuvre possible de ces missions au niveau méso, où il

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.

²³ Le dénomination "zones de première ligne" peut éventuellement encore changer cfr. les évolutions de Proxisanté.

²⁴ Il est important de souligner que ce chapitre est encore en cours de consultation avec les entités fédérées. Certaines missions peuvent ne pas être incluses dans tous les entités fédérées.

est de la compétence des entités fédérées de déterminer comment mettre en œuvre concrètement ces 10 missions (voir également l'annexe 4), à savoir :

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'un 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 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 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. Empowerment de la personne, soutien de l'aide 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 concentrerons 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 goulets 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 :

Faciliter l'utilisation d'outils digitaux permettant 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 différents niveaux.

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. Gestion budgétaire des ressources pour la fourniture de soins et de soutien : *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 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

0.3 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.

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

Pour accomplir chacune des dix tâches, 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.

Soins intégrés facilités par le niveau macro : la digitalisation

Besoin actuel de digitalisation pour les soins intégrés

Dans ce chapitre, nous examinons certains outils digitaux nécessaires à la mise en œuvre 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 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 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.

0.4 Futurs outils digitaux pour les soins intégrés

0.4.1 Un dossier électronique intégré pour l'équipe interdisciplinaire

Pertinence pour le PIF 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 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.

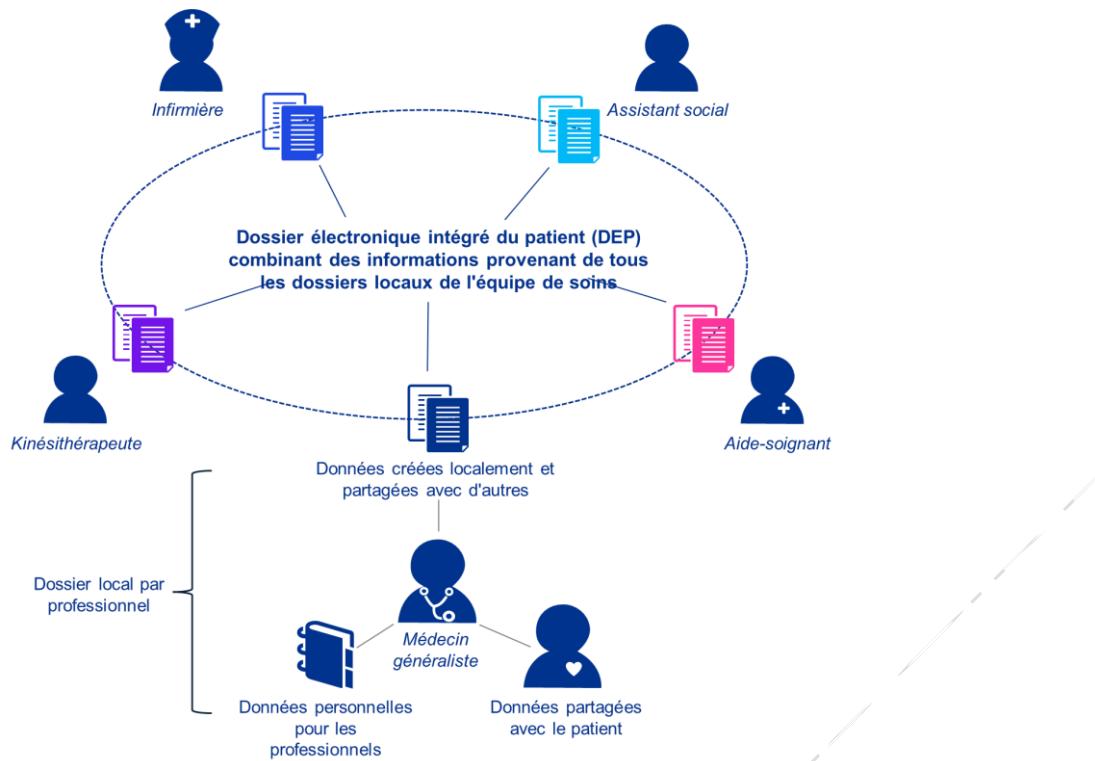
- Des accords clairs devraient être conclus pour rendre techniquement et légalement possible le partage de données entre les fichiers électroniques locaux des professionnels.
- Dans le contexte de l'empowerment de la personne, celui-ci devrait avoir accès à ses propres données, pouvoir modifier l'accès 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 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 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.



Figur 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 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 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.

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

Pertinence pour le PIF 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 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 consignant 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.²⁵

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 digitalement 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 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.

Points d'attention du plan d'action eSanté pour la réalisation 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

²⁵ 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.

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 interopérables, 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.**

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

Pertinence pour le PIF 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, 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.

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 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 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 résultat.



1 Vers une collaboration structurelle au niveau macro pour le suivi des soins intégrés en Belgique

Étant donné que la transition vers 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.

1.1 Une gouvernance appropriée pour le suivi et la gestion des SI

Actuellement, plusieurs organes interfédéraux sont déjà actifs pour suivre l'évolution des soins intégrés, notamment le CIM Santé Publique et le GTI Soins Intégrés. Dans le cadre de ce PIF, la possibilité de développer d'autres organes de gouvernance plus larges qui prennent en compte l'intrication des parties prenantes des soins intégrés, par exemple au niveau de la collaboration interfédérale, pourrait être explorée.

1.2 La capacité de changement et de transition nécessaire

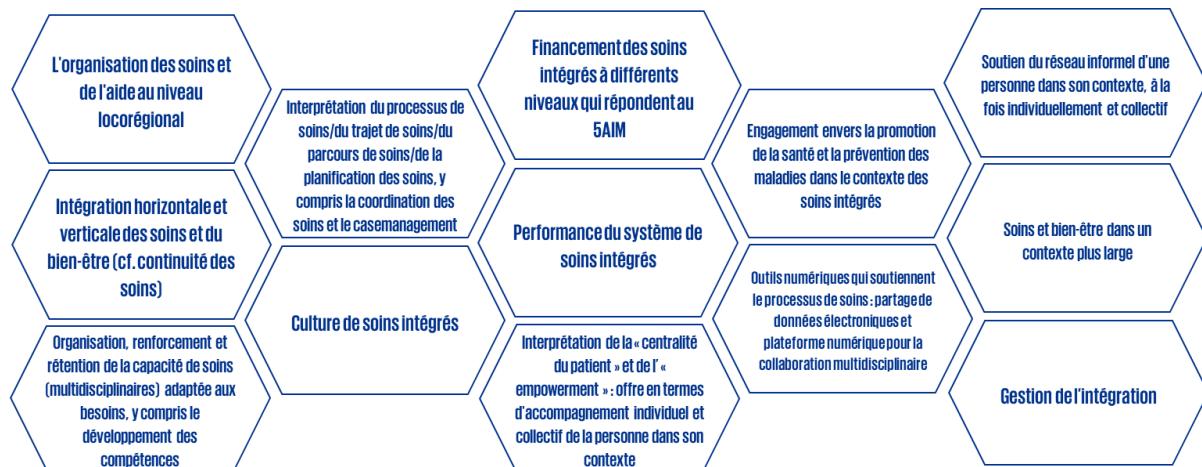
Pour mettre en œuvre et ancrer durablement les concepts décrits précédemment dans ce PIF, il est nécessaire de prévoir, au niveau macro, la capacité de changement et le soutien nécessaires. Spécifiquement au niveau méso, un soutien est nécessaire depuis le niveau macro en termes d'organisation, de développement 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 les soins intégrés.

Ce chapitre doit encore être développé

Annexes

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

SI



Annexe 2: les différentes définitions et perspectives 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".

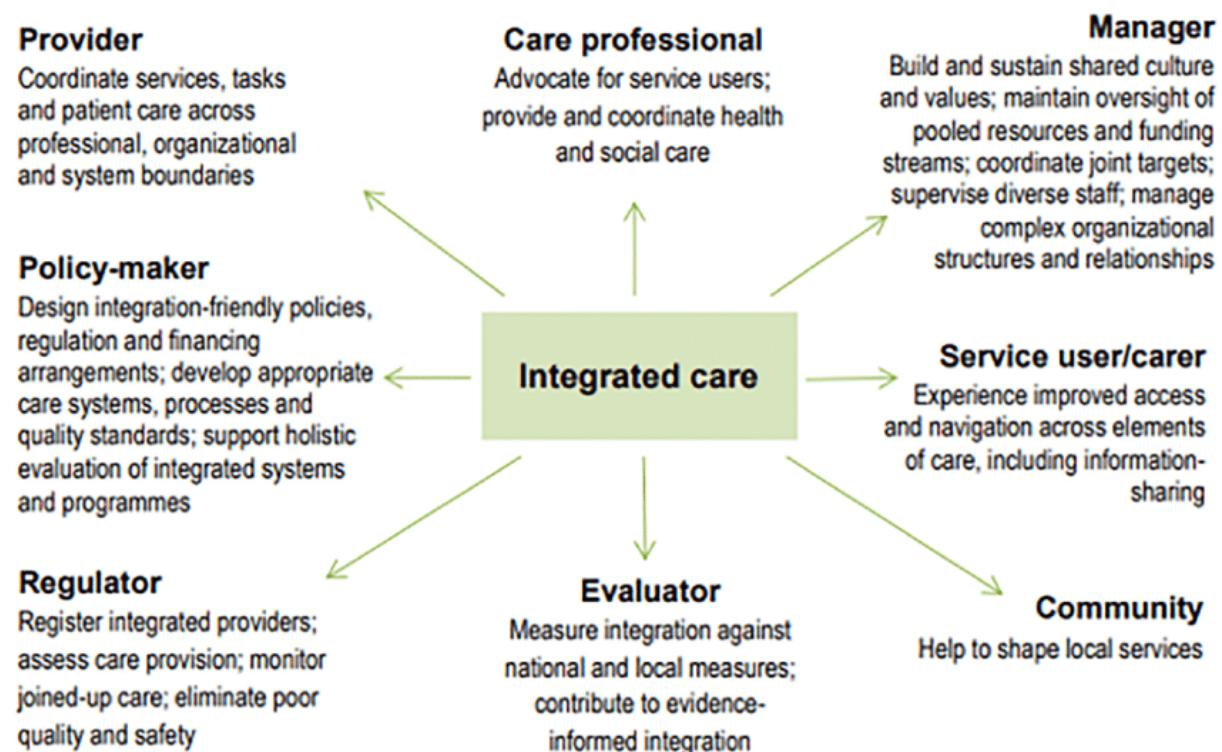
Du point de vue de la personne :

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 Groote J, Schoonaert L, Vercruyse 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

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)



Annexe 4 : Besoins capturés en matière de communication et de partage de données en termes d'outils digitaux 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 personne 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 	<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 en face à face	Pouvoir conclure des accords sur les processus / l'approche etc.	<ul style="list-style-type: none"> Formes de concertation financées (par ex. 	<ul style="list-style-type: none"> Sur base volontaire ou financement dans le contexte d'un projet 	
------------------------------	--	---	---	--



	pour des domaines de pathologie spécifiques et la collaboration générale.	intervention, concertation au niveau méso pour définir les processus / protocoles...)	<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 provinces.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>
-----------	---	--	---	---

