



Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité  
Avenue de Tervueren 211  
1150 Bruxelles



service public fédéral  
**SANTÉ PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**  
Eurostation II  
Place Victor Horta, 40 bte 10  
1060 Bruxelles

## CIRCULAIRE AUX PROJETS PILOTES DE SOINS INTEGRES

CIRC. PSI. 2018/02

**Correspondant :** Cellule interadministrative Maladies  
chroniques

**E-mail :** [chroniccare@health.belgium.be](mailto:chroniccare@health.belgium.be)

**Notre référence :** Circ.psi-2018-02

Bruxelles, le **20/02/2018**

### **Convention relative au financement des projets pilotes de soins intégrés**

#### **Introduction**

À la demande de Domus Medica, Zorgnet Icuro, une représentation des praticiens de l'art infirmier à domicile et des pharmaciens et à la demande des mutualités, une concertation a eu lieu le 8/2/18 avec la cellule stratégique du Ministre, l'INAMI et le SPF SPSCAE. Dans ce cadre il a également été pris connaissance des remarques transmises par Mme Van den Bossche au nom de quelques projets francophones.

Avant tout, tous les membres présents reconnaissent et valorisent les efforts importants qui ont été fournis sur le terrain et l'engagement afin de mettre en pratique les plans élaborés.

Les projets pilotes candidats n'étaient pas impliqués dans le processus décisionnel qui a donné lieu au texte de la convention et ont été étonnés par certaines dispositions de cette convention qui s'avèrent constituer un frein pour les membres de certains consortia pour donner mandat pour conclure la convention. Compte tenu de la complexité inévitable du processus de changement visé par les projets pilotes et l'apparition inévitable de nouveaux problèmes pendant son développement, il est très important de garantir un dialogue permanent pour trouver des solutions sans se retrouver dans un carcan administratif.

Ce dialogue peut être renforcé en associant les projets pilotes aux travaux du groupe de travail permanent du Comité de l'assurance. Ce groupe de travail jouera effectivement un rôle crucial tout au long des projets pilotes au niveau du suivi et, si nécessaire, de l'adaptation des projets. Les modalités pratiques pour la participation des projets pilotes seront élaborées à court terme.

Les discussions ont révélé que plutôt que d'apporter des modifications à la convention - ce qui engendrerait inévitablement un retard et constituerait un obstacle pour les projets qui possèdent un mandat pour signer la convention - il sera préférable de la clarifier via une deuxième circulaire et une explication orale de celle-ci aux consortia, ce qui apporterait les garanties nécessaires pour sa conclusion. On a insisté en particulier sur la nécessité de garantir la continuité au niveau de la coordination du projet et donc de la rendre possible financièrement grâce à la conclusion de la convention.

Tout le monde reconnaît que le passage du planning à la réalisation - maintenant que les projets ont obtenu le feu vert depuis le 18.12.2017 - comprend une période où un certain nombre d'étapes doivent être franchies sur le plan de la gouvernance et de l'organisation du projet qui requièrent un certain temps. À condition qu'il soit tenu compte des précisions ci-après, il est conseillé que les projets pilotes visent la réalisation des deux étapes suivantes :

- a) pour le 31/3/2018, procéder à la conclusion de la convention, éventuellement dans un premier temps via un partenaire mandaté dans l'attente de la création de l'asbl prévue par exemple ;
- b) pour le 1/7/2018, commencer effectivement le modus operandi, ce qui implique d'y inclure effectivement les bénéficiaires du groupe-cible et que les actions qui ont été prévues dans le calendrier à partir du premier semestre 2018 commencent au moins à partir de cette date.

La conclusion de la convention pour le 31 mars 2018 ne signifie pas que toutes les annexes doivent également être ajoutées à ce moment. La convention prévoit que les propositions d'annexes doivent être transmises à l'INAMI endéans les 3 mois suivant la signature de la convention. Un projet a donc jusqu'au 30 juin 2018 pour formuler une proposition d'annexes en concertation avec la cellule interadministrative. La situation est telle que le contenu de ces annexes doit être conforme au dossier que le projet a introduit, aux ajouts qu'il a communiqués par la suite, ainsi qu'aux recommandations du jury.

La convention qui sera conclue prendra effet à partir du 01/01/2018 (même si la signature a lieu en mars). Les premiers mois de démarrage et les travaux sur la mise en place de la gouvernance sont considérés comme faisant partie du projet pilote et du mouvement vers des soins intégrés.

Si des problèmes inévitables se posent toujours après la signature de la convention pour pouvoir réaliser le plan d'action locorégional (par exemple parce qu'il s'avère impossible d'opérationnaliser la gouvernance prévue), la convention peut être résiliée conformément à l'article 16, § 6.

Ci-dessous sont expliqués certains points de la convention sur la base des inquiétudes qui ont été soulevées lors de l'intervision du 25/1/2018 avec les coordinateurs de projet, de la concertation avec les organisations de coordination et les mutualités le 8/2/2018 et les difficultés et questions communiquées préalablement à cette concertation, ainsi que celles des projets francophones transmises par Mme Van den Bossche.

Il convient de souligner en général que la convention ne prévoit pas de sanctions spécifiques en ce qui concerne la non réalisation d'une partie spécifique. Lors du suivi de l'exécution de la convention, une évaluation globale est chaque fois réalisée et, si nécessaire, une remédiation est organisée sur la base d'accords. Une résiliation sera proposée s'il s'avère que le projet pilote ne parvient pas à respecter ses accords de remédiation.

#### **1. En ce qui concerne la partie IV de la convention : Groupe cible et modalités d'inclusion – Communication à l'attention de l'organisme assureur – Enregistrement de données**

L'article 4 de la convention décrit notamment l'enregistrement de données en cas d'inclusion. La description dans la convention est relativement large, ce qui semble engendrer une charge d'enregistrement importante. L'enregistrement escompté en cas d'inclusion se limite à

- l'enregistrement dans l'application MyCareNet
- et l'estimation du risque clinique par la voie du screener BelRAI qui fait partie du good clinical practice.

La mise à disposition d'un module technique pour l'inclusion vise avant tout à permettre les procédures d'inclusion que chaque projet a décrites dans son plan locorégional sur le plan technique et de manière standardisée et à permettre que les données puissent être couplées électroniquement au niveau des bénéficiaires inclus avec la garantie que seules les données peuvent être partagées et couplées si le bénéficiaire a donné son consentement éclairé à cet effet. Pour ce faire, le numéro NISS de la personne doit être enregistré dans l'application MyCareNet et il faut cocher si la personne a donné ou non son consentement éclairé.

L'application MyCareNet est en production depuis le 12 février 2018. Comme cela a déjà été exposé aux coordinateurs de projet, l'application MyCareNet sera développée par étapes dans le courant de l'année 2018 : première phase via un mandat (12/02/2018), deuxième phase via un accès direct par les personnes qui exercent une profession dans le domaine de la santé AR 78 (mars 2018) et troisième phase via une intégration dans le logiciel des dispensateurs de soins (Q4 2018). Nous renvoyons également au point 5 de la présente circulaire en ce qui concerne Tetrys dont ce module fait partie.

## **2. En ce qui concerne la partie VI : Management d'intégration**

### Alinéa 3 de l'article 6 de la convention :

*"14 jours après la signature de la convention, l'INAMI verse une avance de 52.520 euros sur le numéro de compte bancaire du contractant.*

*Ensuite, un montant est versé trimestriellement sur présentation d'une facture avec les pièces justificatives et avec une indication de l'utilisation et du destinataire des dépenses concernées comme prévus à l'annexe 5 Les montants de ces factures sont prélevés sur le compte courant du projet pilote sur lequel un montant de 152 520 euros est ajouté par année civile (la dernière année, l'avance de 52.520 euros est déduite de ce montant).*

Cette formulation découle de la décision du Comité de l'assurance afin d'être en conformité avec les remarques formulées par la Cour des comptes en ce qui concerne les conventions qui sont conclues dans le cadre de l'article 56 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Il s'agit d'une adaptation par le Comité de l'assurance du projet de convention tel qu'il a été élaboré au groupe de travail permanent du Comité de l'assurance.

La formulation implique qu'un tiers du montant annuel est payé comme avance dans les quatorze jours après la signature, soit un montant qui peut couvrir en moyenne quatre mois de dépenses. Ce montant est ensuite complété tous les trois mois sur la base de dépenses réalisées (avec un maximum de 152.520 euros en base annuelle). De cette manière le projet dispose à tout moment de moyens en vue d'assurer la continuité du management d'intégration.

Concernant la phrase *"facture avec les pièces justificatives et avec une indication de l'utilisation et du destinataire des dépenses concernées comme prévus à l'annexe 5"*, cela représente concrètement une liste des montants et des destinataires des paiements qui ont été effectués en rapport avec l'attribution prévue des 152.520 euros comme défini à l'annexe 5 et étayé par les pièces justificatives.

### **3. En ce qui concerna la partie IX : Utilisation des gains d'efficience versés par l'INAMI**

#### Deux derniers alinéas de l'article 9 de la convention :

*"L'utilisation des gains d'efficience ressortira du rapport annuel du projet pilote à l'attention de l'INAMI. S'il ressort de ce rapport que les gains d'efficience sont utilisés pour couvrir des frais autres que ceux mentionnés dans l'annexe 7, le montant correspondant sera déduit des gains d'efficience qui seront versés plus tard ou du décompte final.*

*D'ici le 31 juillet 2023, le projet pilote remettra un décompte final à l'INAMI dans lequel un aperçu sera donné de tous les gains d'efficience versés et de leur utilisation jusqu'au 30 juin 2023. S'il ressort de ce décompte qu'une partie des moyens n'a pas été utilisée, le projet pilote remboursera cette partie à l'INAMI pour le 30 septembre 2023."*

Dans l'annexe 7 de la convention il est demandé de décrire concrètement à chaque projet pilote pour quelles actions on souhaite utiliser les gains d'efficience. Ces annexes peuvent être adaptées chaque année.

En outre, il est demandé à chaque projet d'indiquer dans le rapport annuel pour quelles actions les gains d'efficience ont été effectivement utilisés au cours de l'année écoulée. L'objectif est qu'il ressorte du rapport annuel que les moyens sont utilisés pour les actions telles que décrites par le projet pilote dans l'annexe 7. S'il s'avère que les moyens ont été effectivement utilisés pour d'autres actions que celles mentionnées à l'annexe 7, le versement suivant des gains d'efficience peut être diminué.

Cette formulation n'exclut pas la possibilité que des réserves soient créées pour des actions qui ne peuvent démarrer qu'à partir du moment où la disponibilité des moyens est garantie : de cette manière cela ressortira du rapport annuel. Les compensations pour les soins et services dispensés par les partenaires de projet au patient ou les préfinancements dans le cadre du plan d'action entrent également en ligne de compte.

La disposition dans la convention offre la garantie au Comité de l'assurance que les gains d'efficience sont utilisés pour l'implémentation du plan d'action locorégional qu'il a retenu sur avis du jury le 18 décembre 2017. Il appartient au groupe de travail permanent d'y veiller via l'approbation de l'annexe 7 et le suivi de ses modifications.

Lors de la rédaction des annexes, les projets pilotes peuvent d'ailleurs compter sur l'accompagnement de la CIA.

### **4. En ce qui concerne la partie X : Évaluation et auto-évaluation**

Article 10 de la convention : *"Le projet pilote s'engage à collaborer à une évaluation scientifique des projets de soins intégrés et à mettre à disposition toutes les informations nécessaires à cet effet conformément aux directives déterminées en concertation avec l'équipe scientifique, l'AIM, Healthdata.be et le groupe de travail permanent.*

En ce qui concerne l'engagement du projet pilote à collaborer à une évaluation scientifique des projets ainsi que l'engagement à collaborer activement au développement d'une culture de qualité : l'objectif est d'examiner par projet ce qu'il est possible de faire pendant les 4 années de projet avec l'équipe scientifique FAITH.BE en fonction de ce que le projet souhaite lui-même élaborer en matière d'auto-évaluation. À cet effet, en étroite collaboration entre le projet et Faith.be, un dashboard sera mis à disposition dans lequel le projet, grâce à un certain nombre d'indicateurs, peut suivre les objectifs du projet dont le 3Aim<sup>2+</sup> et les adapter le cas échéant.

La convention stipule "engagement du projet pilote à" en raison du fait qu'il s'agit d'un contrat entre le Comité de l'assurance et un projet pilote. En premier lieu c'est toutefois l'équipe scientifique qui doit offrir un soutien aux projets pilotes pour le développement de l'auto-évaluation dans le cadre du projet. Cela figure dans le contrat entre Faith.be et le Comité de l'assurance

En ce qui concerne les données qui sont utilisées pour l'auto-évaluation et l'évaluation, on insiste au maximum sur la réutilisation de données déjà existantes. Cela suppose une utilisation maximale de l'enregistrement de données électronique et donc un fort engagement à cet effet de la part des partenaires participants afin de pouvoir utiliser effectivement l'EPD s'il est disponible pour le groupe professionnel concerné. L'enregistrement escompté en cas d'inclusion se limite à l'enregistrement dans l'application MyCareNet et le remplissage du screener BelRAI. Afin de suivre les expériences des patients et la satisfaction des acteurs (objectifs des 3AIM<sup>2+</sup>), une méthodologie spécifique est prévue où Faith.be auditionnera un certain nombre de bénéficiaires (via PROMs, PREMs) et d'acteurs, et ce en adéquation avec chaque projet pilote.

Il est évident que les autorités mettent tout en œuvre pour que les systèmes complémentaires soient mis à disposition à temps (par exemple screener BelRAI, Tetrys) mais il est évident que le déploiement de ces systèmes dépend de nombreux facteurs. Ainsi la nouvelle application web BelRAI est prête à être mise en production, toutefois nous attendons l'accord du Comité sectoriel de protection la vie privée. L'intégration du BelRAI dans le software des dispensateurs est attendue pour la fin de 2018. Lorsqu'une collecte de données est demandée aux dispensateurs de soins, il faut partir du principe qu'il s'agit de données qui sont nécessaires pour une bonne pratique, une collaboration multidisciplinaire et un management local des soins.

La finalité du rapport annuel prévu (en exécution de l'Arrêté royal) est expliquée à l'article 11. Un dialogue permanent concernant cette partie est prévu et a d'ailleurs déjà commencé ou est déjà prévu dans le cadre du calendrier intervision.

## 5. Tetrys

Il reste de nombreuses incertitudes concernant "Tetrys".

Tetrys est un programme qui a été lancée dans la lignée du plan eSanté et qui vise spécifiquement à encadrer, faciliter et accompagner le travail multidisciplinaire, en particulier (mais pas uniquement) dans le cadre des projets pilotes de soins intégrés, et ce en respectant les décisions prises dans le cadre du plan eSanté. Concrètement, l'objectif est de partager des informations entre les prestataires d'aide et de soins et avec le patient, afin que tous les acteurs disposent d'une même base d'information et que tous les acteurs puissent s'échanger de l'information électroniquement. Il peut s'agir notamment de l'ouverture ou l'adaptation d'outils existants ou planifiés, et l'intégration de ces outils dans les softwares professionnels. Quelques exemples concrets:

- introduction d'un journal permettant le dialogue
- partage de la composition de l'équipe multidisciplinaire
- partage des données d'identification du patient
- partage d'éléments existants tels que les données BelRAI, VIDIS, sumEHR, etc.
- introduction d'un agenda partagé
- etc.

Tetrys n'est donc **pas** un outil développé spécialement pour les projets de soins intégrés. Si l'on développe un nouvel outil uniquement pour les projets indépendamment de tout ce qui existe aujourd'hui, cet outil ne pourra sans doute pas être utilisé sur le terrain parce qu'il ne sera pas intégré avec ce qui existe et l'outil n'aura plus aucune valeur au terme des projets.

Le déploiement d'un programme d'intégration si ambitieux demande toutefois beaucoup plus de temps que le développement d'un outil spécifique. Il faut effectivement du temps pour organiser une concertation avec toutes les parties prenantes et les fournisseurs de logiciels de sorte que ce qui est développé sera effectivement utilisé sur le terrain et sera disponible pour tous les citoyens et dispensateurs d'aide et de soins en Belgique.

## **6. En ce qui concerne la partie XIV : Durée, avenants, modifications et dénonciation de la convention**

La disposition de l'article 16, § 2, est vécue comme une possibilité d'imposer unilatéralement des modifications au projet. Le contexte de cette disposition est toutefois le suivant : au cours des projets pilotes, il est possible que le groupe de travail permanent constate que des dispositions de la convention doivent être modifiées afin de faciliter le déroulement optimal des projets pilotes. Le cas échéant, le groupe de travail permanent propose au Comité de l'assurance un avenant à faire signer. La disposition règle la situation dans laquelle un projet pilote refuserait d'accepter l'avenant. Il va de soi qu'une telle situation doit être évitée autant que possible.

## **7. Entités fédérées**

Les questions concernant une simplification de la réglementation en matière de compétences des entités fédérées doivent être examinées avec celles-ci. Une concertation a par exemple été organisée à cet effet le 9 février 2018 avec la Wallonie et les projets. En Flandre, une concertation similaire est prévue le 9 mars 2018.

Ri De Ridder,

Pedro Facon,

Directeur général  
du Service des soins de santé

Directeur général  
de la DG Soins de santé