

# INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963  
Avenue de Tervueren 211 - 1150 Bruxelles

**Service des soins de santé**

**COMITÉ DE L'ASSURANCE**

Note CSS 2020/320

Bruxelles, le 14 décembre 2020

**OBJET : Rapport final et recommandations de l'évaluation scientifique et accompagnement des PSI par FAITH.be – Recommandations du comité d'accompagnement**

## 1. INTRODUCTION

Le [Plan conjoint en faveur des malades chroniques « Soins intégrés pour une meilleure santé »](#) a été approuvé par la Conférence interministérielle Santé Publique le 19 octobre 2015. Actuellement, 12 projets pilotes mettent en pratique les principes des soins intégrés et implémentent des actions dans différentes zones de Belgique.

Le plan prévoit dans la ligne d'action 2 : un soutien scientifique visant à identifier, développer et implémenter de bonnes pratiques. Dans ce cadre-là, le comité de l'assurance a conclu une convention en date du 24 octobre 2016 avec le Consortium interuniversitaire FAITH.be. Celui-ci est formé par 6 universités (UCL, ULG, KUL, VUB, UAntwerpen, UGent) et est chargé de l'évaluation scientifique et l'accompagnement dans l'autoévaluation des projets pilotes soins intégrés.

**L'article 10** de la convention entre le Comité de l'assurance et l'équipe scientifique FAITH.be fait référence à la création et aux missions attribuées au « **Comité d'accompagnement** de FAITH.be », à savoir :

« Le suivi de cette équipe scientifique est assuré par le Comité d'accompagnement qui a été créé à cet effet le 24 octobre 2016 par le Comité de l'assurance de l'INAMI. Ce comité se compose de représentants de l'INAMI, du SPF Santé publique, de l'équipe interadministrative, de la Cellule stratégique de la Ministre des Affaires sociales et de représentants (membres ou mandatés) du Comité de l'assurance et de la plate-forme d'accompagnement qui a été prévue dans le Plan ». Le Comité d'accompagnement est présidé par Marc Bruijnzeels (depuis le 01/09/2018). La composition du comité se trouve [en annexe de cette note](#).

Ce Comité d'accompagnement a notamment pour mission :

- a) d'affiner au besoin les missions de l'équipe universitaire ou moyennant l'accord du Comité de l'assurance de réorienter les missions de l'équipe
- b) de valider que la méthodologie proposée puisse mener à la formulation de bonnes pratiques et de recommandations devant permettre à l'INAMI et les autres services publics de faire des choix objectifs et ponctuels par rapport à l'organisation des soins intégrés pour une meilleure santé.
- c) de juger si les missions telles qu'elles sont prévues dans la présente convention ont été exécutées aux conditions fixées dans cette même convention
- d) de formuler au Comité de l'assurance une proposition visant à dénoncer la convention si les missions prévues à l'article 5, §§ 2, a) à g) et 3 n'avaient pas été effectuées aux conditions fixées dans la présente convention.
- e) de formuler au Comité de l'assurance une proposition visant à dénoncer la convention s'il apparaissait des rapports annuels que l'équipe scientifique ne réussit pas à soutenir les projets



dans leur auto-évaluation et à développer la culture de la qualité ou ne réussit pas ou pas suffisamment à formuler de bonnes pratiques et des recommandations. »

L'**article 5** de la convention fait référence aux tâches/missions de l'équipe scientifique, à savoir:

§ 2. Les missions assignées à l'équipe scientifique sont les suivantes :

- a) développement d'une méthodologie pour l'évaluation scientifique des projets pilotes
  - a. **Implémentation** de la recherche - d'un point de vue **qualitatif et quantitatif**
  - b. Examen des changements dans les **outcomes** (Triple Aim + 14 composantes + equity + satisfaction au travail)
  - c. Permettant une **comparaison mutuelle des projets**
- b) développement d'une **méthodologie pour le soutien des projets pilotes lors de leur auto-évaluation**
- c) développement d'une **méthodologie pour l'élaboration d'une culture de la qualité** au sein des projets pendant la phase de conceptualisation
- d) développement d'un **cadre destiné au monitoring des projets** : instruments de mesure pour le **suivi interne et l'avancement de l'implémentation** et des **signaux d'alarme** qui doivent conduire à une **adaptation de projet**
- e) **opérationnalisation des indicateurs** via un protocole de mesure en collaboration avec Health-data.be
- f) établissement d'un **dossier** de demande détaillé à un **comité d'éthique** et d'une **demande d'autorisation dans le cadre de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel** et de l'arrêté d'exécution du 13 février 2001, qui sera introduit auprès du Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la .Santé
- g) établissement d'un **Diagramme de Gantt** avec récapitulatif des activités planifiées pour la phase d'exécution et l'élaboration des recommandations
- h) offrir un appui à la cellule interadministrative pour l'élaboration d'un outil d'évaluation des candidatures
- i) le **soutien des projets pilotes dans leur processus d'auto-évaluation** et le développement d'une culture de la qualité au sein de leur projet pendant la phase d'exécution
- j) **l'évaluation externe des données et résultats obtenus des projets pilotes** et des processus de changement ayant conduit à ces résultats
- k) l'analyse de la manière dans laquelle les objectifs sur le plan des soins intégrés (triple aim, equity, satisfaction au travail, 14 composantes de soins intégrés avec une attention particulière pour son impact sur la facture patient) sont atteints
- l) donner un **feed-back individuel et global aux projets pilotes**
- m) la rédaction de **rapports d'analyse des bonnes pratiques**
- n) l'élaboration d'un processus de **feed-back structuré pour les autorités et la plate-forme d'accompagnement durant l'exécution des projets pilotes**

L'**article 9** décrit le **calendrier** de la réalisation des missions visées aux articles 5, 6, 7 et 8 de la convention. En effet, deux grandes phases étaient prévues pour l'exécution des activités de FAITH.be et sont en lien avec la phase de conceptualisation et la phase d'exécution des PSI prévues initialement par le plan.

FAITH.be a décrit sa méthodologie de travail dans un protocole d'évaluation qui a été approuvé par le com d'accompagnement le 12 avril 2017 et par le comité de l'assurance le 24 avril 2017.



Sur la base des éléments décrits ci-dessus, le comité d'accompagnement a suivi les activités réalisées par l'équipe scientifique. Lors de ce suivi le comité d'accompagnement a constaté que dans la convention, plusieurs tâches consistaient à développer des méthodologies. Néanmoins, ces tâches ne reflétaient pas l'ensemble de livrables et ne donnaient pas une vue détaillée des activités de FAITH.be.

Le comité d'accompagnement a demandé de suivre les activités de FAITH.be en fonction des livrables tels que décrits dans le protocole d'évaluation. De livrables à fournir lors du rapport final ont été concertés avec l'équipe scientifique, à savoir :

- Rapports d'analyse par PSI
- Pratiques prometteuses pour les premières étapes de l'intégration des soins : (ensembles d'actions et gouvernance)
- Recommandations politiques pour la poursuite des efforts pour l'intégration des soins
- Guidelines (pour les projets pilotes) pour la gestion populationnelle et la gestion des projets
- Dashboard pour la gestion populationnelle et des projets (Système de suivi du Triple Aim 2+ et de l'implémentation des actions des PSI)

## 2. LE RAPPORT D'ÉVALUATION FINAL DE FAITH.BE ET LES RECOMMANDATIONS

L'équipe scientifique FAITH.be a remis son rapport final d'évaluation au comité d'accompagnement le 10 juin 2020. Celui-ci est en annexe de cette note. Le rapport<sup>1</sup> très étendu comporte plusieurs annexes y compris un document de synthèse (P. 66) en annexe. Les documents sont pour la plupart rédigés en langue anglaise. Ci-dessous sont exposées les recommandations telles que décrites dans le document de synthèse de FAITH.be

### Key recommendations of FAITH.be

#### Realist and developmental evaluation approach

The policy plan "integrated care for better health", and more specifically its first action line, the implementation of 12 integrated care pilot projects (ICPs) since 2018, has provided **very promising results over the two first years**. This is an ongoing process: the endeavour should be sustained by different stakeholders acting at different levels in order to yield fruitful results in the near future. The opposite would represent a considerable loss of investment and of knowledge "in the making" to integrate care in Belgium.

The scientific team FAITH.be, in charge of evaluation of the Plan, was able to (1) **create and apply to iCPs a monitoring framework for development of integrated care** based on a whole population management within a geographical area (see p 30 to 48 of executive summary), (2) **identify several promising practices** (see in main report and specific annex) that should be further developed, and (3) **identify specific conditions** that can help reaching the overall goals of the Plan. This work of the realist and developmental evaluation initiated by FAITH.be (including triple aim + 2 indicators) should be **used to strengthen the process of integrated care development**. Indeed, the authorities should acknowledge the complex nature of the changes taking place via this ambitious system reform, involving many stakeholders at many levels who do not have a definitive vision about the choices to be made or how to proceed. All the involved stakeholders can contribute to knowledge production about these complex processes: this is a key goal of the policy Plan.

<sup>1</sup> 1. Rapport scientifique : document principal (301 pages)  
2. Rapport scientifique : suppléments méthodologiques (90 pages)  
3. Rapport scientifique : partie KULeuven + annexes (86 pages)  
4. Pratiques prometteuses : actions pour améliorer l'intégration des soins (48 pages)  
5. Document de synthèse de description de chacun des projets (404 pages)  
6. Données populationnelles et coûts : graphes et tableaux envoyés aux projets

This part summarizes the main lessons learned in the form of “recommendations” addressed to the policy makers at federal and federated level, and to the stakeholders involved in ICP development. More information about why these recommendations are developed, how they were identified and concrete examples can be found in the body of the executive summary, the full report and it’s annexes.

#### List of concrete recommendations for federal and federated authorities:

##### Develop further methods, tools and spaces to share the knowledge on integrated care and translate it for decision making:

- Give a priority to **specific moments with key stakeholders (every 6 months or annually)** where experience, and knowledge on integrated care can be shared and translate into adapted decisions
- Appoint (from within the administration or outside) skilled people to promote the use, and develop further, the **monitoring framework proposed by FAITH for learning and strengthening the development of integrated care based on a whole population management within a geographical area** (see p 30 to 48 of executive summary). For **actions to improve care integration**, this means adopting a “whole local health system” approach. For **triple aim + 2** indicators, including health care utilization and cost, this means **triangulating** information from **transition between strata, evolution over time of triple aim indicators and evolution over time of context (population and health care utilization)**.
- Continue the process of **creation of a dashboard** as a tool for learning and development of integrated care. **Administration (IAC)** need to facilitate the process by coordinating (1) the work of **data flow** coming from various database (IMA for administrative and included population, , BelRAI, MZG, PROMS-PREMS), (2) the development of the **data warehouse** functions of healthdata (including linkage between database for administrative and included population), (3) the technical work of designing the dashboard with visual analytics for SAS or other software. This can build on the existing work realized by FAITH.be on (1) ethical and privacy procedures and (2) methodology for context , stratification and triple aim + 2 indicators analysis. Specifically, organize a yearly PROMS&PREMS survey and the professional survey, in collaboration with the ICPs. In order to collect sufficient data - ICP coordinators and providers should be fully engaged and thus should gain ‘ownership’ of the evaluation procedure. Moreover, involvement of the sickness funds in the data collection procedure, complementary to the ICP procedure seems promising. However, the procedure in itself should be evaluated, especially the identification procedure with ID or ITSME.
- **Support ICPs knowledge management (with a dedicated support team)** through:
  - the continuation of **community of practices** that allow for experience sharing,
  - **individualized coaching of projects** since they have very different needs and expertise
  - Keep **documenting and sharing promising / good practices**.

##### Enhance **change management** done by ICPs via the following elements:

- Better support **patients organizations**. Indeed, these are currently overwhelmed by demands but have little means to respond to these demands.
- Develop **official national communication campaign about integrated care**, emanating from the federal authorities and aimed at the broader public, including care providers, patients, and other potential partners could help to create momentum towards change.
- Promote **training in integrated care development** (through courses or coaching)
- Promote training for patient centred and interdisciplinary care (p57; 204; 238).

##### Give a priority through e-health roadmap implementation to further develop **IT tools for care integration** – exchange of information:

- Develop integrated patient file between hospital and ambulatory care, and between different professions, so different providers can work on the same files while respecting privacy issues (See p.64 for a description of the modalities expected by the ICP’s and p.238 for conceptual reflections). Develop further the role of the patient in managing his own health record
- Improve user friendliness of inclusion application, so as to allow more patient flagging/monitoring (see p. 59)
- BelRAI: solve operational problems and align the federal and federated BelRAI policies (see p.61)

- reduce the administrative burden linked with IT tools for providers

#### Provide a **safe learning environment for pilot project development and experimentations**:

- Provide a **long term perspective for ICPs** as a 4 years' time frame is too short to make the paradigm shift towards integrated care for better health in a whole region, involving many stakeholders (see p232).
- The **performance-based assessment** of ICPs needs to **contribute to better understanding of local condition for integrated care development**. The use of whole local health system and whole population framework by ICPs, administrations and authorities should be further encouraged. This should be a priority compared to the use of indicators for summative approach, especially if it leads to efficiency gains distribution. Indeed, a narrow set of "measurable" indicators represents a high risk for the whole policy plan: ICPs might forget the overall goal of testing innovative care integration modalities by focusing first and foremost on the narrow goal of performing well regarding a limited set of indicators.
- Further look at **legal possibilities** to allow more freedom to experiment with innovative ways of organizing care – especially regarding the use of efficiency gains at ICP level (annex 7). The federated authorities of Flanders should also allow more freedom (**regelluwte**; see p.69).
- The future financing of the projects needs to be decided, both in duration and the amount per project, as the lack of clarity regarding this issue is a source of insecurity for engaged partners (see p70-74). A solution could be to **combine dedicated, stable funding with a rewarding system based on efficiency gains**.
- All of these requirements should help ICPs to attract a strong team of coordinators, with a mix of the required competences (see p31; 54; 95).

#### Develop an (evolving) integrated vision document of the health and social care system in Belgium (p236):

- The plan "Integrated Care for Better Health" should be articulated with hospital networks, territorial approach for primary care (e.g. eerstelijnszorgzones and SISD) and other concurrent policy reforms that impact the healthcare system's organization
- Develop an overall change management strategy for care integration in Belgium, to raise awareness and show the added value of care integration for both professionals and the broad public.

#### List of concrete recommendations for ICPs:

##### Apply further monitoring framework for evidence-based decision in the development of integrated care and PDSA implementation by ICP governance:

- Implement further actions to reach large scale, and continue documenting it (using, for example, the template developed for promising practices).
- Learn further how to use triple aim+2 indicators and particularly population healthcare utilization indicators to develop population management approach and adapt actions based on changes observed at loco-regional level.
- Governance and integration management should learn further
  - To triangulate different sources of data and type of information (from context, strata, cost) and to interpret their evolution over time, paying special attention to equity issues
  - To use that analysis for regular (yearly) actions adaptation and ultimately resources re-allocation within the local health system.
- Recruit partners with some expertise in integrated care evaluation.
- Use the tools and templates provided by FAITH.be (annual report, reporting of significant events and identification of promising practices thanks to repeated exchanges between ICPs)

##### Develop further change management (see p.101):

- Invest further in communication (communication strategy to explain the project, goals and actions):
  - Communication within the consortium: to help the partners stay up to date and to help them in their tasks (newsletters, project ambassadors, study days, training sessions, practical guidelines...).



- Communication aimed at the broader public, including patients, care providers and other potential partners (website, social media, flyers, ambassadors...)
- Invest to keep the partners engaged, and to attract new partners through a customized action implementation strategy
- Further develop the required skills among professionals, patients and informal caregivers, e.g. via the organization of training sessions and continuing education
- Further efforts are needed to facilitate the participation of patients and informal caregivers in decision making

#### List of promising practices at ICP level:

The promising practices identified by FAITH.be are actions or ways of working that can help ICPs achieve their goals. These promising practices are developed following a template highlighting key messages (what, how, why...) and concrete examples emanating from the projects. ICPs can find some inspiration in these practices; they should be encouraged to keep identifying and circulating other promising practices. These promising practices will be grouped and translated in a specific deliverable to be circulated broadly.

#### Promising practices regarding ICP governance:

Collaboration and collective decision making (p92)

- Governance structure development - how to recruit partners? Formalizing the collaboration
- Support stakeholders representatives - Transparent documentation of decision making processes
- Shared leadership for sustainability
- Support patient representative involvement in governance
- Building collaborative relationships - Invest in networking

Change management (p 101)

- Build on pre-existing federative structures to recruit partners
- Develop effective communication to promote the ICP towards patients and care providers
- Develop a shared vision and objectives
- Create a win-win situation to engage partners
- Interdisciplinary bottom-up approach for action development
- Start implementing actions
- Effective communication to clarify the role of each partner within an action

Development of a quality culture (p111)

- Learning communities/communities of practice to learn from experience, make adaptation and share lessons

#### Promising practices for care integration:

Promising practice for care integration are implemented by the various ICPs. They provide valuable information to develop context-sensitive strategies to improve care integration by acting at the different parts of the whole local health system. They illustrate the following strategies (see details in specific annex)

Primary care development integrated with specific health program within a neighbourhood approach

- Zorgcoördinatie en een meer gestructureerde eerstelijns in buurtteams – Zorgzaam Leuven (ZZL)

Goal oriented case management by primary care team or network

- Plan de besoins individualisé - PBI (Relian)
- Référent de proximité (BOOST)

Primary care network development through sharing tasks

- Dépistage du diabète en pharmacie (CHRONILUX)
- Diagnostic du SAOS au niveau de la première ligne de soins (Chronicopole)

Enhancement of integration between hospital and ambulatory care

- Zorgpad hartfalen – De Brug
- Unités Thérapeutiques Intégrées Locales- UTIL's (PACT)
- Dagziekenhuis Parkinson- EMPACT

Specific functions for complex situation case management

- Case manager (RéSINamur)
- Dementiecoach – Geïntegreerde zorg Waasland

Overall patient-centred network integration through patient information

- Zorg-ID - De Koepel

### Quasi-experimental approach in evaluation: Future monitoring of Triple Aim 2+ indicators

As to the monitoring tools

- We advise to continue to use the tools that Faith.be has set up allowing for a long term evaluation of “triple aim 2+” indicators (in the international literature commonly known as ‘Quadruple Aim’ indicators). The evaluation tools can be used for formative evaluation in support of the projects by means of the dashboard and ‘distal’ summative evaluation in the future, at the appropriate moment
- For the moment, the healthdata.be platform includes data from the IMA data warehouse and the flagging of people included in an ICP. In the future, data from other sources (BELRAI, Hospital Data, and General Practitioner Data) could be included. However, this will induce an additional workload and will enhance complexity in procedures, management, analyses and interpretation. It is not clear yet what will be the ‘investment/benefit’ ratio.
- Because of the nature of the Integreo projects, the nature of the data and the method of the data collection, it is likely that a sense-making evaluation of the Triple Aim 2+ indicators will be in need of repeated data collections over several years. Data collections and analyses should preferably happen on a yearly basis.

A team for quasi-experimental design and summative evaluation will remain necessary in the future

- Future evaluation will require ongoing supervision and teamwork by some kind of ‘Integreo Evaluation Team’ This team will have following tasks:
  - Managing all legal and ethical aspects: e.g. licensing of survey tools, future agreements of the Data Protection Authority and Ethical Committee,
  - Managing and cleaning the data from different sources
  - Merging the data at the healthdata.be platform
  - Organizing the data collections of PROMS&PREMS survey and professional survey
  - Performing the statistical analyses
  - Support the ICP's with the interpretation of the results
- Considering the composition of this team:
  - It should at least include specialists in legal and ethical matters, data managers and statistician(s).
  - It is recommendable that Healthdata.be and the Inter Mutualistic Agency are directly engaged in this team.
  - Involvement of a specialist in health systems research and a person with clinical knowledge is recommendable for the interpretation of the results

Considering the involvement of the ICPs (in their proper evaluation)

- ICPs (including professionals and patients) are the primary beneficiaries of the intended quality improvement.
- Statistically significant change is in need of size and time. Therefore,
- If auto-evaluation by the projects will be the cornerstone of the future evaluation, direct involvement of the ICPs in the management of the procedures, the statistical analyses of the results and their interpretation is highly recommendable.

- Therefore, we recommend that in the future, the ICPs will designate a key person for analysis and auto-evaluation who joins a collaborative structure to foster co-creation between the evaluation team and the ICPs.

#### As to the professional survey

- As these pilot results are promising, repeated, yearly surveys may reveal the status and trends on professional well-being of health care workers in the ICPs
- For 12 ICPs, it approximately takes 1 Full Time Equivalent to perform the data collection (which means 1 month data collection per ICP per year)
- ICP involvement in the data collection is desirable. 1 dedicated person per ICP who has connections with the local professionals and spends 1 month a year collecting the data seems a better choice than 1 central person who is fully and only committed to collect those data for all ICPs.

#### As to the PROMS&PREMS

- The first data collection should be considered as a pilot
- Since contracts have ended at June 30<sup>th</sup> 2020, legal and ethical approvals should be reconsidered as well as the team who will lead the data collection and perform the analysis and interpretation of results
  - Involvement of the sickness funds in the data collection procedure, complementary to the ICP procedure seems promising. However, the procedure in itself should be evaluated, especially the identification procedure with ID or ITSME.

#### As to both surveys

- if valid results are desired, then the data collections have to happen scientifically sound and thus organized as a campaign 'lege artis', with overall supervision and appropriate investments in budget and manpower

Les résultats de l'évaluation scientifique de PSI par FAITH.be ont été présentés lors de la réunion du comité d'accompagnement du 23 juin 2020.

En général, il semble évident pour les membres du comité d'accompagnement de FAITH.be, qu'un travail considérable a été réalisé, qu'il y a certainement des aspects intéressants qui peuvent être tirés du rapport de FAITH.be, que ces éléments peuvent alimenter les réflexions sur la gestion du changement et aussi pour les projets pilotes eux-mêmes.

Il a également été constaté que cette évaluation est d'une grande complexité de par : l'utilisation d'une méthodologie mixte, la collecte de données dépendante de plusieurs partenaires et le réseau des parties collaboratrices à différents niveaux (fédéral et local).

**Ci-dessous, sont exposés des commentaires et remarques plus spécifiques du comité d'accompagnement concernant le rapport final de FAITH sur l'évaluation scientifique des PSI :**

#### Au regard de la qualité scientifique du rapport :

- Le paradigme de recherche n'était pas clair dès le départ, celui-ci a été travaillé au fur et à mesure. De plus, l'équipe scientifique n'est pas parvenue à trouver un consensus pour faire coexister les deux paradigmes principaux d'évaluation : l'évaluation sommative et l'analyse descriptive.
- Le principe de base « Integrated care n'est pas une intervention » a conduit à l'utilisation d'une « Realist evaluation » en vue de l'identification des bonnes pratiques. Ce type de processus « learn by doing » prend énormément de temps et il montre difficilement les résultats et les bonnes pratiques transversales.



- Les éléments qui en ressortent dans le rapport sont pour la plupart comparables à ceux qui existent dans la littérature. Le rapport n'apporte pas de nouveautés issues de l'implémentation des projets.
- La lecture du rapport ne permet pas suffisamment d'identifier les bases scientifiques qui ont été utilisées pour l'évaluation. Notamment en ce qui concerne les bases scientifiques pour le choix des pratiques prometteuses.

Au regard des résultats de l'évaluation quantitative et qualitative :

- L'équipe scientifique a fait son travail sur base de ce qui était possible (compte tenu de la faible disponibilité des données et des problèmes techniques rencontrés).

Au regard des livrables sur base du protocole d'évaluation :

- Il manque un Dashboard opérationnel pour le monitoring des PSI. En dehors des problèmes techniques rencontrés et de la faible disponibilité des données, il était attendu de FAITH.be de fournir un modèle (version demo). Celui-ci devrait répondre aux attentes (des projets et de autorités) en termes de contenu et contenir des lignes directrices claires pour le développement technique. Ce qui se trouve actuellement dans le rapport semble particulièrement complexe (par rapport au contenu-interprétation).
- Il manque une première mesure de PROMs – PREMs, malgré que l'outil technique (questionnaire en ligne ) soit disponible. Le consentement informé est crucial pour l'implémentation de l'enquête, mais Faith n'a obtenu l'accord (comité d'éthique interuniversitaire) pour l'utilisation d'un consentement informé **modifié** que fin avril 2020.

Compte tenu de la Crise Covid19 (ralentissement des activités des projets pilotes) et la fin de mission de FAITH (juin 2020), il ne semblait plus pertinent de communiquer le consentement informé modifié aux projets en vue de commencer un processus de collecte des données.

Au regard des recommandations émises par l'équipe scientifique :

- Les recommandations visant à faire avancer les soins intégrés ne sont pas suffisamment concrètes pour les présenter tant aux autorités concernées qu'aux PSI.
- Il manque des arguments critiques, les autorités sont demandeuses d'arguments critiques, d'évidences qui permettent de guider les décisions et les investissements. Malheureusement, les recommandations restent très génériques. Il y a des informations sur la bonne collaboration en général mais peu sur la performance et la plus-value des projets.

### 3. LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT

**« Integrated care n'est pas une intervention ».**

Ce principe a conduit à l'utilisation d'une « Realist évaluation » en vue de l'identification de bonnes pratiques. Ce type de processus « learn by doing » permet d'identifier des recommandations spécifiques aux projets. Cependant, il est nécessaire (pour les autorités et pour les prestataires) d'avoir également des recommandations transversales et concrètes qui permettent de savoir comment implémenter des soins intégrés sans devoir passer par les difficultés vécues par les projets actuels.

Il est nécessaire d'insister dès le début de la collaboration (avec le partenaire de l'évaluation) sur l'impératif d'avoir des recommandations transversales, concrètes, utilisables par les autorités et par les projets.

**« Nul ne peut être à la fois juge et partie ».**

L'Évaluation de résultats de PSI et l'accompagnement des PSI pour l'autoévaluation sont des tâches qui ne doivent pas être réalisées par la même personne. Un conflit d'intérêt peut surgir lorsque la même personne accompagne un des projets et doit en même temps juger de son bon fonctionnement. Notamment en ce qui concerne les aspects qualitatifs. Ceci est également une conséquence du choix de la

méthodologie (évaluation réaliste) qui provoque ce type de situation et pour laquelle des actions doivent être mises en place.

Le gestionnaire du projet doit veiller au bon partage des tâches et des personnes au sein de l'équipe d'évaluation pour que la même personne ne se retrouve pas dans le rôle d'évaluateur et accompagnateur.

### «Le processus d'évaluation quantitative et qualitative n'a pas pu être réalisé complètement car le processus s'est déroulé en parallèle de l'implémentation des PSI »

La collaboration avec FAITH s'est déroulée en parallèle de l'implémentation des PSI. Bien que les aspects qualitatifs ont pu être mieux analysés, cela n'a pas été le cas en ce qui concerne la partie quantitative (évolution des outcomes)

Les conditions pour permettre l'évaluation quantitative n'étaient pas atteintes au moment où les PSI ont démarré les inclusions (juillet 2018)., p. ex. : le protocole d'évaluation a été adapté plusieurs fois (v1 31/01/2017 - v6 04/10/2018). De plus, le *data flow* (collecte des données) était dépendant de plusieurs partenaires, (projets, AIM, cellule technique, Healthdata, BelRAI). Les circuits des données n'étaient pas opérationnels dès le départ et nécessitaient des plusieurs démarches.

Les étapes pour réaliser l'évaluation doivent être respectées » (Planification, préparation, réalisation de l'évaluation, conclusions).

Des conditions préalables (étape préparation) doivent être remplies avant d'entamer l'évaluation, p.ex. : le circuit pour la collecte des données, les autorisations de différents comités, la conception d'un Dashboard.

### Evaluer OUI... mais qui, quoi et quand ? évaluation sommative vs développemental

Au cours du processus d'évaluation, le protocole a été modifié et il est progressivement devenu évident qu'une analyse quantitative approfondie n'était pas possible. Cela est dû à de multiples raisons, à savoir : la complexité du paradigme d'évaluation, les différents contextes des projets, différents groupes cibles, différentes actions. Ainsi, le lien entre « les meilleures pratiques pour implémenter des soins intégrés » et les résultats des projets pilotes est devenu impossible à réaliser.

Les premières années de la mise en œuvre des projets sont propices à l'évaluation du **processus** de l'implémentation des projets pilotes (évaluation qualitative). FAITH a pu largement analyser ces aspects-là, notamment le développement des actions, la gouvernance des projets et les contextes dans lesquelles ceux-ci se développent. L'évaluation des **résultats** (évolution, impact et outcomes) n'est pas possible à ce stade. Faith a pu fournir une analyse descriptive qui concerne des données quantitatives 2016-2017-2018 (avant l'implémentation des PSI).

Il est nécessaire dans une première phase d'orienter l'évaluation vers la gestion de projet ainsi que sur l'implémentation de l'innovation. Cette évaluation peut être effectuée (pas obligatoirement) par des experts académiques, et dans celle-ci les attentes concernant le produit final doivent être formulées de manière précise avec le client.

L'évaluation des résultats (Outcomes) devrait être réalisée lorsque les projets exécutent vraiment leurs actions (vitesse de croisière). Cela permettra également d'avoir des données disponibles et percevoir l'évolution des résultats.

Il faut permettre/accepter de ne pas avoir des résultats quantitatifs immédiatement.

**L'évaluation et 'autoévaluation des projets pilotes sont des processus complexes qui nécessitent le soutien des experts externes.** Au cours de la période, un certain nombre d'éléments très utiles ont été développés pour soutenir les projets surtout en ce qui concerne la gestion populationnelle. De plus, outre les outils techniques, les projets ont également besoin de soutien pour l'interprétation des données.

Continuer les réflexions et les actions pour l'évaluation des PSI et l'accompagnement dans leur processus d'autoévaluation.

L'implémentation du Dashboard – l'organisation de la mesure de PROMs PREMs, et le soutien aux projets dans l'autoévaluation doivent être organisés avec les partenaires les plus ad hoc pour les différents tâches.

Utiliser le plus possible les éléments/outils développés par FAITH.be (indicateurs, data, méthodologies), ainsi les partenaires choisis ne doivent pas recommencer à zéro. Le choix des partenaires d'évaluation nécessite d'un mélange d'expérience et de détermination.

**L'implémentation d'un Dashboard et la mesure de PROMs et PREMs sont des éléments essentiels pour soutenir les projets dans leur autoévaluation.**

Comme expliqué plus haut au point 2 de cette note, certains livrables n'ont pas pu être fournis.

Continuer les efforts pour l'implémentation d'un outil pour le monitoring des PSI: **Dashboard.**

La gestion populationnelle doit être la base de cet outil. Ainsi les projets peuvent s'orienter proactivement vers les différents groupes cibles et surtout les plus vulnérables. Il est aussi nécessaire que l'outil permette le suivi d'une part de l'implémentation et d'autre part de l'impact des actions mises en place par le projet.

Le contenu du Dashboard devrait effectivement être développé par des experts scientifiques académiques qui puissent donner son input au regard de ce qui est décrit dans la littérature.

L'interprétation des résultats est un élément important pour lequel les projets doivent être soutenus par des scientifiques.

Continuer les efforts pour l'implémentation d'un outil pour le monitoring des PSI, **PROMs et PREMs.**

Il est nécessaire de réaliser un premier cycle de mesure au plus vite.

L'instrument et la stratégie de l'implémentation doivent être développés de façon transversale/nationale en impliquant les différentes parties prenantes.

Impliquer les projets pilotes (créer l'adhésion) pour l'implémentation et l'utilisation de l'instrument de mesure de PROMs et PREMs afin qu'ils s'approprient la démarche de la mesure.

Cette démarche doit être accompagnée et évaluée.

Les résultats de ces mesures doivent être partagés avec les bénéficiaires.



Le format (digital)<sup>2</sup> du questionnaire représente une difficulté supplémentaire pour le groupe cible des projets pilotes. Celle-ci, doit être prise en considération par les autorités.

**« Un gestionnaire de projet » est crucial dans un processus de recherche/évaluation aussi complexe.**

Il a été constaté, pendant la collaboration avec l'équipe scientifique FAITH.be, que l'expertise d'un Project manager n'est d'emblée pas présente parmi les chercheurs. Plusieurs documents (PV des réunions du comité d'accompagnement) témoignent de ce constat. Certaines tâches n'ont pas pu être délivrées à temps faute d'un suivi (la coordination de FAITH.be a été réalisée en plus des activités de recherche). p.ex : communication avec les différents partenaires, suivi des processus et des livrables.

Un Project manager à temps plein (pour le partenaire en charge de l'évaluation) est nécessaire afin de réaliser les multiples tâches en dehors du contenu de la recherche/évaluation-même.

Le « project manager » devrait à la fois être indépendant de l'équipe scientifique et bénéficier de la confiance et support de celui-ci. La sélection devrait se faire en collaboration avec les autorités et les tâches doivent être clairement déterminées en amont de la sélection.

Le budget de l'équipe scientifique/partenaire d'évaluation doit être prévu en conséquence afin de permettre l'engagement d'un collaborateur répondant au descriptif de fonction.

#### **Les accords de collaboration (conventions) peuvent évoluer et avoir besoin d'être adaptés**

Les livrables définis dans la convention faite au début de la collaboration avec FAITH.be concernaient principalement les méthodologies à mettre en place. Avec le temps, l'évolution du Protocole et les nombreuses difficultés rencontrées pour l'implémentation du protocole, il était devenu très difficile de suivre les activités de FAITH.be. Un clivage est apparu entre ce que l'équipe scientifique proposait comme méthode d'évaluation et les attentes des autorités. La convention était perçue uniquement comme un moyen de contrôle.

Le contrat, le processus d'évaluation et ses livrables doivent être révisés et adaptés à mi-parcours. Des actions d'orientation doivent être mises en place au besoin.

Les résultats/délivrables attendus par les parties prenantes et leur faisabilité devraient être discutés plus souvent et plus régulièrement. Il est nécessaire d'installer un climat de collaboration et co-construction et non uniquement de contrôle.

#### **4. Présentation de la note au groupe de travail permanent Soins Intégrés**

Cette note a été revue au groupe de travail permanent lors de la réunion du 23 octobre 2020.

<sup>2</sup> Un questionnaire en ligne est disponible sur la plateforme Healthdata, celui-ci nécessite d'une connexion avec ID carte. En collaboration avec les mutuelles un courrier serait envoyé aux patients avec les explications de l'enquête, un lien web, un code QR et l'invitation à participer. Le courrier serait envoyé seulement aux patients ayant donné leur consentement pour le partage des données en vue de l'évaluation des projets.

Les membres du GTP se sont montrés en accord avec les remarques et les recommandations présentées dans cette note. Plus particulièrement, ils attirent l'attention sur :

- **L'objectif de l'évaluation des PSI** : est de pouvoir faire un pas vers les soins intégrés et comprendre de façon global quels sont les actions utiles pour améliorer l'organisation des systèmes des soins. Il ne s'agit pas de faire un classement des projets.
- **La mesure de PROMS PREMS** : les membres sont convaincus qu'il serait intéressant de développer un instrument (outil) à cet effet et de le tester dans le cadre des projets pilotes. Cet outil devrait pouvoir être utilisé de manière générique dans d'autres contextes.
- **L'utilité/bénéfice du travail de FAITH auprès des PSI** : Il a été constaté que certains projets se sont montrés satisfaits de l'accompagnement de FAITH et continuent à demander un appui scientifique et d'autres projets ont souvent mentionné le manque d'appui scientifique pour répondre à leur nombreux questionnements. Les membres du GTP suggèrent à ce propos qu'il serait intéressant de faire une évaluation de la satisfaction (questionnaire) afin de savoir quels sont les points forts, les points faibles du suivi effectué par FAITH auprès des projets.
- **Le soutien dont les PSI ont besoin au niveau scientifique** : Les membres du GTP souhaitent avoir un aperçu des besoins au sein des PSI en termes de soutien scientifique supplémentaire. L'objectif est de trouver un partenaire qui puisse remplir cette tâche. Dans ce cas, il est nécessaire de procéder à une première enquête auprès des projets afin d'identifier les besoins (par exemple, utilisation des informations dans un tableau de bord, gestion de la population, auto-évaluation, mesure de la maturité en termes d'intégration, ...).

**INCIDENCE BUDGÉTAIRE :**

Néant.

**INCIDENCE ADMINISTRATIVE:**

Néant.

**PROCÉDURE :**

Base légale :

**MISSION DU COMITÉ DE L'ASSURANCE :**

Le Comité de l'assurance est prié de prendre connaissance des documents ci-joints plus particulièrement le document de synthèse et, le cas échéant, à formuler des recommandations pour la poursuite du développement des projets pilotes et du soutien scientifique.

**MOTS-CLÉS :**

Convention SS  
Soins intégrés





## Annexe

### Composition du comité d'accompagnement de FAITH.be

| Nom du représentant          | Institution - Organisation |
|------------------------------|----------------------------|
| Président : Marc Bruijnzeels | Institut Jan van Es        |
| Pieter Van Herck             | VOKA                       |
| Birgit Gielen                | IMA                        |
| Karen Geurts                 | IMA                        |
| Joanna Geerts                | PLAN bureau                |
| Peter Willemé                | PLAN bureau                |
| Kim Cierkens                 | NIC                        |
| Alex Peltier                 | NIC                        |
| Remi De Brandt               | NIC                        |
| Johan Van Bussel             | Sciensano                  |
| Kris Doggen                  | Sciensano                  |
| Lode Journée                 | Sciensano                  |
| Hélène Ameels                | Sciensano                  |
| Hilde De Nutte               | zorgnet-icuro              |
| Marc Geboers                 | Zorgnet-icuro              |
| Louis Paquay                 | Wit-Gele Kruis             |
| Hendrik van Gansbeke         | Wit-Gele Kruis             |
| Ilse Weeghmans               | VPP                        |
| Baptiste Torrekens           | LUSS                       |
| Bénédicte Gombault           | KBS                        |
| Sophie Gerkens               | KCE                        |
| Yves Coppieters              | ULB                        |
| Anja De Clercq               | KULeuven                   |
| Birgit Schoenmakers          | KUL                        |
| Jean Luc Belche              | SYLOS                      |
| Marc Leys                    | VUB                        |
| Peter Pype                   | Ugent                      |
| Wim Marneffe                 | Uhasselt                   |
| Piet Stinissen               | Uhasselt                   |
| Lieven Annemans              | Ugent                      |
| Benoît Mores                 | Cellule stratégique        |
| Daniel Crabbe                | RIZIV                      |
| Isabelle vander Brempt       | FOD                        |
| Saskia vanden Bogaert        | FOD                        |
| Patricia Chavez              | FOD                        |
| Pascal Meeus                 | RIZIV                      |
| Margareta Haelterman         | FOD                        |
| Anneleen Craps               | Vlaamse overheid           |
| Barbara Melard               | AVIQ                       |