

SYNTHÈSE

PROTOCOLE D'ÉVALUATION POUR LES CONVENTIONS AVEC L'INAMI



SYNTHÈSE

PROTOCOLE D'ÉVALUATION POUR LES CONVENTIONS AVEC L'INAMI

PHILIPPE VANDENBROECK, WENDY CHRISTIAENS, MARIE DAUVRIN, RACHEL WICKERT, KIM BECHER, ERIK HENDRICKX, JO GOOSSENS,
LIESBETH JENNÉ, MARIJKE EYSEN



■ PRÉFACE

Les conventions occupent une place assez particulière dans le paysage des soins de santé belge, essentiellement basés sur les paiements à l'acte. En effet, ces conventions conclues entre l'INAMI et une ou plusieurs structures de soins sont financées au forfait pour des soins bien spécifiés. C'est une manière de procéder qui est surtout utilisée dans le domaine de la réadaptation, ou pour des soins multidisciplinaires.

C'est l'INAMI lui-même qui nous a demandé de développer un outil d'évaluation des conventions, en nous posant les questions suivantes: quels sont véritablement les résultats des conventions – et des moyens financiers qui leur sont consacrés? Quelle est la qualité de ces résultats? L'investissement est-il efficient? Les ressources sont-elles bien employées à ce à quoi elles sont destinées?

Toutefois, les conventions constituent un ensemble très hétérogène, tant en termes de groupes cibles que de services fournis. Développer un outil d'évaluation utilisable pour toutes, et pouvant de surcroît apporter une réponse aux questions ci-dessus, n'était donc pas une tâche facile. Rapidement, il est apparu qu'évaluer ne se limiterait pas à mesurer. Il fallait arriver à un véritable processus d'apprentissage qui puisse servir à une amélioration continue des soins. Pour cela, un bon échange mutuel d'informations était essentiel. L'instrument développé devait donc aussi favoriser un tel processus.

C'est ainsi qu'est né le « protocole de méta-évaluation » que vous allez découvrir. Il doit être utilisé comme un guide, à partir duquel vous pourrez zoomer sur la spécificité de chaque convention individuelle.

Pour mener à bien cette étude, nous avons organisé de nombreux entretiens et ateliers avec les différents stakeholders. Une expérience enrichissante à bien des points de vue, pour laquelle nous tenons à remercier tous ceux qui y ont participé.

Nous aimerions également exprimer toute notre gratitude à l'équipe de shiftN, avec qui la collaboration a été riche et intense. L'expertise qu'ils nous ont apportée a été très précieuse.

Nous vous souhaitons une agréable lecture !

Marijke EYSEN
Directeur Général Adjoint a.i.

Christian LÉONARD
Directeur Général a.i.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE	1
■	SYNTHÈSE	2
1.	CONTEXTE	4
1.1.	UN PAYSAGE COMPLEXE	4
1.2.	LA CONVENTION, UN INSTRUMENT UNIQUE DANS LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ BELGE.....	6
1.2.1.	Principales rubriques d'une convention	6
1.2.2.	Évaluation de la qualité	7
1.3.	ÉLARGISSEMENT À PARTIR DU CONCEPT DE RÉADAPTATION	8
1.4.	CONVENTIONS TRANSFÉRÉES DANS LE CADRE DE LA 6E RÉFORME DE L'ÉTAT	8
2.	MÉTHODOLOGIE	9
3.	TYPLOGIE DES CONVENTIONS	10
4.	FORCES ET FAIBLESSES DES CONVENTIONS TELLES QUE PERÇUES PAR LES STAKEHOLDERS	11
5.	PROTOCOLE DE MÉTA-ÉVALUATION	12
6.	RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LE FONCTIONNEMENT DES CONVENTIONS	16
6.1.	LES CONVENTIONS SONT DES INSTRUMENTS TRÈS APPRÉCIÉS, QUI DOIVENT ÊTRE CONSOLIDÉS	16
6.2.	ÉLABORER UNE VISION D'ENSEMBLE DU RÔLE DES CONVENTIONS AU SEIN DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ	16
6.3.	DÉVELOPPER DES COLLABORATIONS PLUS ÉTROITES	17
6.4.	PRENDRE DES MESURES POUR FACILITER L'USAGE DE L'INSTRUMENT DE MÉTA-ÉVALUATION	19
6.4.1.	Stimuler le fonctionnement des Comités d'accord.....	19
6.4.2.	Renforcer les capacités de gestion du Collège des médecins-directeurs	20



- 6.4.3. Développer des indicateurs de performance pour l'ensemble des acteurs 20
- 6.4.4. Réviser les anciennes conventions..... 21
- 6.4.5. Développer un système de gestion des flux d'information générés par l'instrument de méta-évaluation 21
- 6.4.6. Développer des scénarios pour adapter ou résilier les conventions 22
- 7. **CONCLUSION** **22**
- **RECOMMANDATIONS**..... **23**



1. CONTEXTE

1.1. Un paysage complexe

Les conventions conclues **entre l'INAMI et un ou des centres de soins** constituent l'une des modalités de financement des soins de santé en Belgique. Elles fonctionnent sur la base de forfaits, une formule qui convient bien aux soins multidisciplinaires, le plus souvent dans le domaine de la réadaptation.

Au sein de l'INAMI, ce sont le **Collège des médecins-directeurs** et le **Comité de l'assurance** qui sont impliqués dans le suivi des conventions.

Cadre 1 – Collège des médecins-directeurs et Comité de l'assurance

Le Collège des médecins-directeurs et le Comité de l'assurance sont des organes de l'INAMI.

Le **Collège des médecins-directeurs**, composé des directeurs médicaux de toutes les mutualités, joue un rôle technique et consultatif important dans le développement et le fonctionnement des conventions. Il soumet les projets de conventions, ainsi que les ajustements ultérieurs, au Comité de l'assurance, qui prend les décisions finales.

Le **Comité de l'assurance** est composé de représentants de toutes les mutualités et de représentants des prestataires de soins. Les partenaires sociaux y ont un rôle consultatif. Le Comité approuve les accords contenus dans les conventions, après avis de la Commission de contrôle budgétaire.

Il convient toutefois de noter que le rôle du Collège des médecins-directeurs a récemment (14/08/2017) été modifié par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (article 22, SSI, 1994). Cet amendement vise à permettre une plus grande participation des prestataires de soins au développement des conventions. La loi stipule que si le Collège souhaite proposer une nouvelle convention ou modifier une convention existante, il doit en informer le Comité de l'assurance et lui préciser le nom des experts qu'il souhaite associer aux discussions préparatoires. Le Comité de l'assurance peut proposer d'autres experts ou des experts supplémentaires.

En quelques décennies, la pratique des conventions a mené à un tableau assez complexe où coexistent 34 conventions différentes qui englobent une gamme variée de services offerts à des patients concernés par un large éventail de problématiques (voir cadre 2).

Devant une telle hétérogénéité, il devenait difficile pour l'INAMI d'évaluer les conventions. Il a donc été demandé au KCE de **développer une méthodologie d'évaluation générique des conventions permettant de déterminer si les conventions sont efficaces et efficientes.**



Le KCE a développé ce protocole d'évaluation selon les étapes suivantes :

- Élaboration d'une typologie sur la base de caractéristiques partagées par différentes conventions ;
- Analyse d'exemples internationaux^a de promotion de la qualité dans le domaine de la réadaptation ;
- Consultation des différents stakeholders en différentes phases, en commençant par des entretiens exploratoires avec les membres du Collège des médecins-directeurs, puis une large enquête par interviews en face à face avec des stakeholders et enfin deux tours de validation avec des dispensateurs de soins, dont un atelier et quatre interviews en face à face.

Il ne s'agissait donc pas d'évaluer les conventions, mais de **développer un instrument** permettant au Collège des médecins-directeurs de collecter les informations nécessaires pour évaluer l'efficacité de conventions individuelles et, par-là, d'améliorer la qualité des soins.

Après un premier tour d'interviews de stakeholders, il est apparu que développer un instrument d'évaluation ne serait pas suffisant. Il est en effet tout aussi important de mobiliser d'induire un processus participatif d'« apprentissage à des fins d'intervention » (*learning for action* – voir plus loin). C'est pourquoi il a été décidé de développer un instrument permettant de mobiliser les informations pertinentes de façon constructive auprès de *tous* les acteurs clés, et notamment

- au sein d'équipes multidisciplinaires opérant dans le cadre d'une convention ;
- chez les dispensateurs de soins opérant dans le cadre d'une convention ;
- entre dispensateurs de soins et l'INAMI ;
- entre acteurs institutionnels au sein de l'INAMI.

^a Cette analyse n'est pas rapportée dans la présente synthèse, mais peut être consultée dans le rapport scientifique.

Cadre 2 – Exemples de domaines couverts par des conventions

Maladies respiratoires et cardiaques

- Maladies respiratoires, p.ex. rééducation respiratoire, oxygénothérapie à domicile, monitoring cardio-respiratoire des nourrissons.
- Maladies cardiaques, p.ex. défibrillateurs implantables.

Maladies du sang et du système immunitaire, p.ex. centres de référence SIDA.

Maladies endocriniennes et métaboliques, p.ex. différentes conventions sur le diabète (autogestion, clinique du pied diabétique, pompes à insuline, monitoring continu de la glycémie), maladies métaboliques héréditaires rares, mucoviscidose.

Troubles mentaux et neurologiques, p.ex. épilepsie réfractaire, démence (cliniques de la mémoire).

Maladies et handicaps (neuro) locomoteurs, p.ex. maladies neuromusculaires, infirmité motrice cérébrale, spina bifida.

Maladies chroniques pédiatriques, p.ex. néphrologie pédiatrique, séquelles de maltraitance (enfants/adolescents).

Autres secteurs: grossesses non désirées, suivi des enfants nés prématurément.



1.2. La convention, un instrument unique dans le système de soins de santé belge

Les conventions sont un moyen de financer les soins de santé, soit avec des enveloppes ouvertes, soit avec des enveloppes fermées. La plupart des conventions, en particulier les plus anciennes, fonctionnent avec une enveloppe ouverte, mais la tendance évolue de plus en plus vers des enveloppes fermées, avec un plafond de dépenses fixé pour une certaine période. L'enveloppe fermée peut être attribuée à un centre de soins particulier ou englober toutes les structures de soins relevant de la convention. Le montant de l'enveloppe est fixé à l'avance et payé après la réalisation des prestations prévues.

Une convention peut être conclue entre l'INAMI et un nombre variable de structures de soins, qui peut être très limité (p.ex. deux centres de prise en charge des mutilations génitales féminines) ou très large (p.ex. 99 centres pour la convention d'autogestion du diabète).

Les termes des accords d'une convention peuvent être les mêmes pour toutes les institutions relevant de cette convention. Ce sont alors des conventions dites « conventions types », où chaque centre reçoit une somme forfaitaire par patient. Cependant, dans certaines conventions dites « spécifiques », les termes des accords varient en fonction des structures de soins concernées. La somme forfaitaire est alors spécifique pour chaque centre et dépend, par exemple, des coûts salariaux. Enfin, il existe aussi des conventions dites « hybrides », où les termes des accords sont les mêmes pour toutes les institutions, mais où le montant du forfait varie d'une structure de soins à l'autre.

Les conventions sont un instrument financier qui favorise la multidisciplinarité en fournissant un cadre qui encourage les dispensateurs de soins à travailler ensemble.

1.2.1. Principales rubriques d'une convention

Une convention précise les éléments suivants :

- le **type de soins** qui doit être administré par le(s) centre(s) de soins concerné(s) et les responsabilités des différents membres de l'équipe ;
- l'**organisation du travail** en termes de personnel, d'investissement en temps et (si d'application) d'intégration structurelle dans l'hôpital hébergeant le centre ;
- le **type de patients** bénéficiaires des services du centre ;
- les **ressources financières** mises à la disposition du centre en échange des services fournis. Dans certains cas, elles spécifient une durée maximale pour les soins (p.ex. 1 an), ou un nombre maximum de séances ;
- les **procédures d'évaluation** (soins délivrés, comptabilité, évaluation annuelle) ;
- la composition du **Comité d'accord** (voir cadre 3) ;
- les **dispositions contractuelles générales** en matière de durée de la convention, et des modalités de début et de fin de l'activité. Certaines conventions sont à durée indéterminée, d'autres sont établies pour une durée définie et prolongées de façon périodique.

Cadre 3 – Les Comités d'accord

Un **Comité d'accord** est prévu dans la plupart des conventions. Il est composé des représentants du Collège des médecins-directeurs et des prestataires de soins mentionnés dans la convention. Le Comité d'accord est un forum où sont discutés de façon bilatérale le fonctionnement de la convention et les mesures visant à améliorer la qualité des soins.



1.2.2. Évaluation de la qualité

Le tableau 1 présente une liste des mesures d'amélioration de la qualité pouvant actuellement être trouvées dans une ou plusieurs conventions

Tableau 1 – Mesures d'amélioration de la qualité mentionnées dans les conventions

• Vue d'ensemble des membres de l'équipe et de leurs activités
• Chiffres de production ^b
• Dépenses par pseudocode (provision)
• Comptabilité
• Registre du matériel délivré
• Visites de contrôle
• Rapport annuel
• Notification des conventions aux patients, à leurs proches, aux dispensateurs de soins et à toute autre personne intéressée (p.ex. via le site web de l'INAMI)
• Comité d'accord
• Initiatives d'amélioration de la qualité et d'épidémiologie (ou registres), parfois avec benchmarking (voir ci-dessous)
• Fixation d'un nombre minimum de réunions de l'équipe multidisciplinaire
• Développement d'indicateurs de performance

^b Par exemple nombre de consultations multidisciplinaires.

^c Voir <https://www.wiv-isp.be/epidemie/epin/iked/iked11nl.pdf> pour le rapport complet (2011)

^d Voir <https://www.wiv-isp.be/epidemie/epin/iked/ikedpied08nl.pdf> pour le rapport complet (2008)

^e Voir https://www.wiv-isp.be/epidemie/epin/iked/ikedenf_ado11nl.pdf pour le rapport complet (2011)

Pour les initiatives d'amélioration de la qualité et d'épidémiologie (ou les registres), l'INAMI collabore avec l'Institut scientifique de santé publique (ISP) dans différents domaines :

- Initiative pour la promotion de la qualité et l'épidémiologie du diabète (étude IQED)^c
- Initiative pour la promotion de la qualité et l'épidémiologie du pied diabétique (IQED-pied)^d
- Initiative pour la promotion de la qualité et l'épidémiologie du diabète chez les enfants et les adolescents^e
- Registre belge des maladies neuromusculaires
- Registre belge de la mucoviscidose^f
- Registre du HIV^g
- Registre de l'hémophilie

Pour les registres, les conventions prévoient que les centres signataires participent à un audit visant à promouvoir la qualité des soins. Les données ainsi collectées sont utilisées pour développer des indicateurs de qualité relatifs aux processus de soins et aux résultats. Par exemple, pour l'enregistrement du diabète chez les enfants et les adolescents, les recommandations internationales pour le diabète pédiatrique de l'ISPAD^h (www.ispad.org) sont utilisées.

^f Voir https://www.wiv-isp.be/epidemie/EPIEN/mucoen/D_2009_2505_57.pdf pour le rapport complet (2007)

^g Voir https://www.wiv-isp.be/epidemie/epin/AIDSNL/AIDSANNL/yearreport_aids_2009_nl.pdf pour le rapport complet (2009)

^h International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes



Les résultats de l'audit sont rapportés sous deux formes :

- Chaque centre reçoit un rapport individualisé dans lequel ses propres scores sont présentés par rapport aux scores moyens, ainsi que par rapport à ceux de tous les autres centres anonymisés ;
- Un rapport général focalisé sur la qualité des soins et l'épidémiologie du problème de santé concerné.

1.3. Élargissement à partir du concept de réadaptation

La réadaptation est la discipline qui vise à permettre aux personnes ayant des problèmes de santé menant à une limitation fonctionnelle (ou susceptibles d'en développer) d'atteindre et de maintenir une capacité de fonctionnement optimale. Elle inclut donc des domaines et des professionnels de soins très variés. Mais malgré l'étendue de cette définition, l'élargissement de l'usage des conventions atteint aujourd'hui des domaines qui ne peuvent plus être considérés comme relevant de la réadaptation (par exemple l'accompagnement des grossesses non désirées, la mort subite et la surveillance cardiorespiratoire des nourrissons, le diabète...).

En fait, l'instrument que constituent les conventions de réadaptation a été jugé tellement intéressant qu'il a été étendu, au fil du temps, vers des situations éloignées de celles pour lesquelles il avait été conçu. La présente étude traite également des conventions situées en dehors du champ de la réadaptation proprement dite. On peut donc considérer que la question centrale de cette étude n'est pas tant la réadaptation en tant que telle, mais plutôt **les conventions (de réadaptation) comme instrument de financement des soins (multidisciplinaires)**.

Dans la suite de ce rapport, nous utiliserons donc le mot « convention » et non « convention de réadaptation ».

1.4. Conventions transférées dans le cadre de la 6e réforme de l'État

Depuis le 1^e juillet 2014, certaines conventions ont été transférées aux entités fédérées à la suite de la 6^e réforme de l'État. Ces conventions transférées n'ont pas été prises en considération pour la recherche en cours, et n'ont donc pas été incluses dans la collecte des données réalisée dans ce cadre. Néanmoins, en raison de son caractère générique, l'instrument de méta-évaluation qui a été développé pourrait également être utile pour ces conventions transférées.



2. MÉTHODOLOGIE

Cadre 4 – La méthodologie Soft Systems

Notre recherche a été structurée sur la base de la méthodologie dite **Soft Systems Methodology** (SSM), une approche systémique de résolution de problèmes caractérisés par une complexité technique et sociale élevée. Son but est essentiellement d'élaborer un processus participatif d'« apprentissage à des fins d'intervention » (*learning for action* (Checkland & Poulter, 2006)) qui permet aux personnes impliquées dans la problématique de prendre du recul par rapport à cette complexité et de réfléchir ensemble aux actions souhaitables et réalisables pour améliorer la situation. Donc, plutôt que d'essayer de « résoudre » ces problèmes interconnectés, le but de la SSM est de parvenir à un accord commun sur la manière de traiter la situation problématique même s'ils en ont une compréhension très différente (Vandenbroeck, 2012).

L'approche SSM est essentiellement guidée par trois questions: quel est le **but fondamental** du système étudié? Comment pourrait-on le **modéliser de manière idéalisée** afin d'atteindre ce but de façon optimale? En comparant ces modèles idéalisés à des pratiques observables, quels sont les **changements souhaitables et réalisables** qui peuvent être mis en œuvre pour améliorer la situation?

Les principales étapes du processus de recherche ont consisté en :

- une collecte de données exploratoires par le biais d'entretiens avec des membres du Collège des médecins-directeurs ;
- une collecte de données par le biais d'entretiens avec 26 stakeholders ;
- développement d'un prototype d'outil d'évaluation sur la base de l'analyse des données collectées ;
- validation par les stakeholders du prototype d'instrument d'évaluation lors d'un atelier de validation ;
- amélioration du prototype d'instrument d'évaluation grâce à des séances de travail avec des cliniciens actifs dans quatre conventions différentes.

Les buts fondamentaux du système des conventions ont été définis comme suit (définition racine – *root definition*) :

« Une convention est un système / régi par des contrats renouvelables / sous la supervision du Collège des médecins-directeurs et mandaté par le Comité de l'assurance de l'INAMI / pour développer, gérer et mettre en œuvre des programmes de soins et de réadaptation multidisciplinaires sur mesure / gérés par des cliniciens et des techniciens compétents / au bénéfice de groupes de patients spécifiques / fonctionnant dans le respect des contraintes financières et politiques et répondant aux plus hauts standards de professionnalisme et de preuves scientifiques. »

Cette *root definition* a ensuite été déconstruite en trois « transformations » secondaires. Une convention peut donc être considérée comme visant à contribuer à l'amélioration des prestations à trois niveaux :

- Une transformation au niveau du patient, menant des patients ayant des besoins de santé complexes et/ou souffrant d'une maladie chronique à mieux fonctionner à la maison, à l'école, dans la communauté et tout au long de la vie.
- Une transformation au niveau de la structure de soins, menant à des services de réadaptation et de soins multidisciplinaires coordonnés et efficaces.
- Une transformation au niveau du système, menant à des conventions fondées sur des données probantes, axées sur les besoins, flexibles, capables de répondre aux exigences et aux besoins changeants de la société et aux évolutions du système de santé en général.



3. TYPOLOGIE DES CONVENTIONS

Nous avons développé une classification pragmatique qui distingue les conventions en fonction de la nature de leurs activités. Cette classification comprend 5 catégories :

- **les conventions visant à fournir des soins de réadaptation ;**
- **les conventions visant à fournir des soins multidisciplinaires (disease management), p.ex. pour le diabète ;**
- **les conventions visant à fournir un diagnostic et un soutien/accompagnement multidisciplinaires, p.ex. pour les troubles du sommeil ;**
- **les conventions visant à fournir un accompagnement multidisciplinaire, p.ex. pour les mutilations génitales féminines ;**
- **les cas particuliers qui n'entrent dans aucune des catégories susmentionnées, p.ex. les cliniques d'avortement.**

Cette typologie établit une distinction entre des soins de réadaptation et des soins multidisciplinaires. La **réadaptation** est basée sur l'obtention d'un **résultat** souhaité (amélioration fonctionnelle et / ou amélioration de la qualité de vie) tandis que la notion de **multidisciplinarité** met en avant le **caractère intégré** du processus mis en œuvre. Les deux se rejoignent dans la nature collaborative de la prise en charge. Par ailleurs, la réadaptation est un domaine assez spécifique de la médecine physique et de réadaptation, tandis que la prise en charge multidisciplinaire est un concept plus générique qui ne dépend pas d'une spécialité médicale particulière.

Cette typologie établit également une distinction en fonction du poids relatif de la contribution multidisciplinaire des dispensateurs de soins. Dans le *disease management* et l'accompagnement multidisciplinaire, le caractère multidisciplinaire est maintenu tout au long de la trajectoire de soins. Lorsqu'il s'agit de diagnostic et de soutien multidisciplinaires, il est particulièrement concentré au début du parcours. Enfin, certains accompagnements multidisciplinaires nécessitent une catégorie « cas particuliers » étant donné la spécificité du soutien psychosocial qu'elles recouvrent, axé sur les besoins émotionnels, sociaux et mentaux de la personne.

Cette typologie ne mène pas à une classification mutuellement exclusive des conventions. Inévitablement, certaines d'entre elles entrent dans plusieurs catégories. Nous avons cependant pu constater que, dans l'ensemble, les stakeholders jugeaient la typologie suffisamment utile et claire pour qu'ils puissent s'en servir de manière pragmatique.



4. FORCES ET FAIBLESSES DES CONVENTIONS TELLES QUE PERÇUES PAR LES STAKEHOLDERS

Du point de vue du Collège des médecins-directeurs, le principal point fort des conventions est leur **flexibilité** en tant qu'instrument de financement. Elles permettent à l'INAMI d'adapter les conditions des accords au contenu des soins ainsi qu'à la composition de l'équipe et à la formation du personnel, et aux coûts du matériel. En outre, elles offrent une grande souplesse procédurale et administrative en ce sens qu'elles permettent d'éviter le passage par un arrêté royal. Enfin, les conventions sont un moyen pragmatique de limiter (au moins temporairement) les coûts potentiellement croissants des soins de santé. Cependant, les médecins-directeurs sont d'avis que l'instrument comporte aussi un certain nombre de faiblesses : absence de vision globale, faible incitation au contrôle de la qualité et à l'efficacité, manque d'intégration avec le système de santé au sens large. Le Collège souligne également que l'élaboration, la négociation et le suivi d'une convention est un processus qui exige d'importantes ressources humaines, qu'il n'est pas possible d'effectuer de manière suffisamment efficace avec les moyens actuels.

Du côté des dispensateurs de soins, l'opinion est très positive vis à vis des conventions en tant que mécanisme de financement, en particulier lorsqu'ils travaillent avec des patients dont les besoins varient considérablement. Ils estiment qu'une convention crée **un cadre beaucoup plus propice à l'approche multidisciplinaire** qu'un financement à l'acte basé sur la nomenclature. Ils considèrent également que travailler au sein d'équipes multidisciplinaires axées sur des pathologies complexes ou rares leur permet de délivrer des soins de meilleure qualité, avec un personnel plus compétent, et pour une meilleure satisfaction des patients. Dans les contextes de réadaptation, cela permet d'offrir une prise en charge véritablement holistique, qui englobe tous les aspects du fonctionnement quotidien du patient, avec une possibilité d'anticipation qui est jugée inestimable. Les dispensateurs de soins observent en outre des niveaux significativement plus élevés d'adhérence au traitement chez les patients traités dans le cadre d'une convention.

La plupart des gestionnaires de structures de soins sous convention apprécient également la clarté et la prévisibilité des programmes de financement. Beaucoup sont également convaincus que cette formule est moins coûteuse qu'un financement basé sur la nomenclature. Parmi les points faibles, ils mentionnent la lourdeur administrative (généralement non rémunérée) qui accompagne les conventions (p.ex. rédaction de rapports annuels, enregistrement de données) et ils déplorent le manque de transparence de l'INAMI. Bien que des concertations aient lieu entre le Collège et le secteur pendant le processus d'établissement d'une convention, certaines structures de soins ont indiqué qu'il n'y avait plus guère de possibilités de contacts une fois la convention en vigueur, avec une communication essentiellement top-down (p.ex. en cas de changements). Par exemple, les prestataires de soins ne peuvent pas prendre eux-mêmes l'initiative de convoquer un Comité d'accord pour signaler un problème. Enfin, certaines structures de soins dénoncent un financement tellement serré qu'elles sont parfois obligées de « bricoler » pour atteindre leurs objectifs cliniques (en faisant appel à diverses ressources à leur disposition, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la convention - voir plus loin).



5. PROTOCOLE DE MÉTA-ÉVALUATION

L'instrument d'évaluation que nous proposons se présente sous la forme d'une liste de questions. Nous l'avons intitulé « protocole de méta-évaluation » en raison de sa nature générique. Il regroupe en effet un ensemble de questions pertinentes sur la stratégie, la qualité, les finances, la pratique clinique et l'innovation. Ces questions ont été formulées sur la base de trois types de considérations :

- les préoccupations exprimées à l'origine par le Collège des médecins-directeurs (récoltées lors du premier tour d'entretiens exploratoires) ;
- les visions des stakeholders récoltées lors de la série d'entretiens formels ;
- les indicateurs de performance dérivés de la root definition.

La liste finale des questions a été élaborée et validée en collaboration avec des dispensateurs de soins et des gestionnaires de structures de soins. Elle comprend 22 questions (dont 12 questions principales), regroupées en cinq catégories thématiques.

Ce protocole de méta-évaluation est conçu comme un guide permettant structurer le dialogue entre les structures de soins et l'INAMI, en particulier le Collège des médecins-directeurs. Un tel dialogue peut avoir lieu dans le cadre des Comités d'accord ou d'autres moments formels de consultation. Le protocole de méta-évaluation est une base de réflexion qui génère des commentaires de nature plutôt narrative que quantitative.



Tableau 2 – Protocole de méta-évaluation des conventions

Catégories	Question	Sous-questions	À qui incombe la charge de la preuve ?
STRATÉGIQUE	I. La convention est-elle toujours nécessaire actuellement ?	I.1. <i>La convention correspond-elle à un besoin de santé publique démontrable?</i>	INAMI
		I.2. <i>Existe-t-il des modèles de soins/de financement alternatifs pouvant répondre à ce besoin de santé publique ?</i>	INAMI
	II. La convention permet-elle une couverture géographique des services correspondant à la demande?		INAMI
QUALITÉ	III. Le dispensateur de soins offre-t-il les meilleurs soins ?	III.1. <i>Les dispensateurs de soins peuvent-ils atteindre les objectifs cliniques énoncés dans la convention?</i>	Structures de soins
		III.2. <i>Existe-t-il des indicateurs de résultats cliniquement pertinents et transparents permettant d'évaluer la qualité des soins fournis ? Si non, quels sont les efforts et investissements qui ont été faits pour les identifier ?</i>	Structures de soins
		III.3. <i>Les dispensateurs de soins s'engagent-ils à améliorer la qualité des soins financés par la convention au sein de leur institution ?</i>	Structures de soins
		III.4. <i>Y a-t-il un effort démontrable pour l'opérationnalisation d'un système de gestion de la qualité à l'échelle de la convention ?</i>	Structures de soins
IV. La convention mène-t-elle à une concentration effective de l'expertise ?	IV.1. <i>La convention mène-t-elle à une mise en commun effective de l'expertise au niveau de l'ensemble du système de soins concerné par le groupe cible bénéficiaire ?</i>	INAMI / Structures de soins	
	IV.2. <i>La convention mène-t-elle à une mise en commun adéquate de l'expertise multidisciplinaire (clinique et paramédicale) au sein de chaque structure de soins participante?</i>	INAMI / Structures de soins	
FINANCIÈRE	V. L'équipe multidisciplinaire travaille-t-elle de manière efficiente dans le cadre de la convention ?	V.1 <i>Les ressources sont-elles utilisées de manière adéquate pour atteindre les objectifs énoncés dans la convention ?</i>	Structures de soins
		V.2 <i>Le personnel prévu par la convention est-il suffisant pour répondre aux besoins en matière de soins ?</i>	Structures de soins
		V.3 <i>Les résultats en matière de santé sont-ils proportionnels aux ressources allouées ?</i>	Structures de soins



		<i>V.4 La convention aide-t-elle à éviter des coûts de santé alternatifs ?</i>	Structures de soins
PRATIQUES	VI. La convention crée-t-elle les conditions justes pour l'exercice du jugement professionnel ?	<i>VI.1. La convention permet-elle une gestion de cas efficace ?</i>	Structures de soins
		<i>VI.2. La convention permet-elle une mise en commun flexible de l'expertise multidisciplinaire en fonction des besoins ?</i>	Structures de soins
	VII. La convention a-t-elle pour effet de mettre d'accord les dispensateurs de soins et les gestionnaires de la structure de soins pour le meilleur intérêt du patient?		Structures de soins
	VIII. Perçoit-on des tensions entre les conditions cliniques et financières associées à la convention et aux besoins des patients ?		Structures de soins
	IX. Perçoit-on des tensions entre la pratique clinique actuelle et les contraintes imposées par la convention ?		Structures de soins
	X. Dans quelle mesure la convention intègre-t-elle l'apport des patients ou de leurs représentants ?	<i>X.1. De quelle manière l'apport des patients est-il pris en compte en pratique ?</i>	Structures de soins
		<i>X.2. L'apport des patients a-t-il un impact sur les services offerts?</i>	Structures de soins
INNOVATION	XI. La convention stimule-t-elle l'innovation (technologique, organisationnelle) pour les patients qui reçoivent des soins à l'intérieur et à l'extérieur de la convention ?		Structures de soins
	XII. La convention est-elle utilisée de manière non orthodoxe? Génère-t-elle des retombées positives de quelque nature que ce soit (c'est-à-dire non limitées aux avantages dans le cadre de la convention seulement)?		Structures de soins



Au chapitre 2, trois niveaux de transformation ont été décrits en relation avec la définition racine. Pour chacun de ces niveaux, un indicateur de performance a été défini.

Le tableau 5 montre comment ces trois indicateurs de performance peuvent être alimentés par les réponses aux questions du protocole de méta-évaluation.

Tableau 3 – Couplage entre les indicateurs de performance et les questions du protocole de méta-évaluation

Niveau	Indicateur de performance	Résultats attendus	Questions du protocole de méta-évaluation
Patient	Efficacité	Résultats cliniques et fonctionnels	QIII, QVIII
Structure de soins	Effizienz	La mesure dans laquelle le système fonctionne avec les moyens humains et financiers et infrastructurels disponibles.	QIV, QV, QVI, QVIII
Système	Effectivité	La mesure dans laquelle la convention adhère aux valeurs axées sur les besoins, le patient et le professionnalisme.	QI, QII, QVII, QX, QXII
		La mesure dans laquelle le système incorpore les meilleures preuves scientifiques disponibles.	QIII, QXI
		La mesure dans laquelle le système est capable d'apprendre et d'évoluer en fonction de l'évolution des besoins.	QIX, QXI, QXII

Ces indicateurs de performance génériques peuvent être développés et complétés par des indicateurs de qualité plus spécifiques à chaque convention, développés en collaboration avec les stakeholders (y compris les représentants des patients).

En fonction des spécificités de la convention, ces indicateurs peuvent être plus qualitatifs (par exemple, pour la convention pour les mutilations génitales féminines) ou quantitatifs (par exemple, pour les conventions sur le diabète), ou un mélange des deux.



6. RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LE FONCTIONNEMENT DES CONVENTIONS

6.1. Les conventions sont des instruments très appréciés, qui doivent être consolidés

De ce projet de recherche, il ressort que les conventions sont perçues – surtout par les dispensateurs de soins et l'INAMI – comme des instruments très utiles pour soutenir les approches multidisciplinaires de diagnostic, de soins et d'accompagnement des patients souffrant de problèmes de santé complexes et/ou chroniques. Néanmoins, certains problèmes ont été pointés ; nous allons les détailler dans ce chapitre, en y adjoignant quelques pistes pouvant contribuer à y apporter des solutions. Toutefois, avant de les énumérer, nous souhaitons, dans une première recommandation, confirmer l'intérêt des conventions et renforcer globalement leur utilisation.

RECOMMANDATION 1

À l'INAMI :

Les conventions devraient être davantage développées et consolidées en tant qu'instrument de financement des soins au sein du système global des soins de santé, en particulier pour les pathologies complexes/rares et pour les patients porteurs de pathologies multiples.

À la Ministre des Affaires sociales :

Les conventions sont considérées comme un instrument très utile pour le financement / remboursement de soins multidisciplinaires de qualité. Afin d'optimiser leur utilisation en tant qu'instrument financier au sein du système de soins de santé et de tirer parti de tout leur potentiel, il est nécessaire de prévoir un budget adéquat.

6.2. Élaborer une vision d'ensemble du rôle des conventions au sein du système de soins de santé

Il n'existe pas de vision globale des objectifs que l'on peut attendre des conventions et de leur rôle dans le système de soins de santé, ni des articulations possibles entre elles. Actuellement, elles sont développées *ad hoc*, sur la base de propositions émanant des institutions de soins, des mutualités, du Collège des médecins-directeurs ou des Comités d'accord. Il n'y a donc pas de plan d'action, de vision à long terme, de cadre global.

La flexibilité des conventions en tant qu'instrument de financement a mené à leur utilisation dans des pratiques de soins très variées et parfois très éloignées de la réadaptation. On peut donc dire que, s'il y avait sans doute au départ une vision stratégique cohérente de leur rôle dans le financement des soins, cette vision s'est progressivement diluée dans une utilisation au cas par cas. Il devient donc nécessaire de re-clarifier le rôle des conventions (de réadaptation) dans l'ensemble du système de soins de santé et de sécurité sociale.

RECOMMANDATION 2

À l'INAMI et à tous les stakeholders:

Un large débat entre stakeholders devrait être organisé afin de redéfinir ensemble une vision commune du rôle des conventions.



6.3. Développer des collaborations plus étroites

Les interviews menées avec les stakeholders montrent que le fonctionnement des conventions pourrait être amélioré par des collaborations plus étroites et des relations plus confiantes entre l'INAMI et les professionnels de soins. Tant les cliniciens que les gestionnaires de structures de soins déplorent le peu de transparence et la gestion top-down pratiquée par l'INAMI. Ainsi par exemple, bien que des concertations aient lieu entre le Collège et le secteur pendant le processus d'établissement d'une convention, certains ont indiqué qu'il n'y avait plus guère de possibilités de contacts une fois la convention en vigueur, avec une communication essentiellement *top-down* (p.ex. en cas de changements). L'absence de forum de discussion et le manque de confiance (p.ex. crainte de se voir imposer des mesures d'économies) font que les éventuelles suggestions pouvant accroître l'efficacité de leur travail ne remontent pas jusqu'à l'INAMI.

En parallèle, du côté du Collège, on note une frustration due à l'absence de leviers pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins, ce qui a d'ailleurs motivé la demande de développement d'un instrument d'évaluation. En pratique, il n'existe actuellement aucun forum pour se rencontrer et partager des idées, alors que les flux d'informations pertinentes sont cruciaux pour améliorer la performance d'un système d'évaluation. La réactivation des Comités d'accord pourrait être un moyen de construire progressivement la confiance, condition essentielle pour faire éclore l'échange d'informations souhaité par les deux parties, en particulier pour faire remonter *bottom-up* les idées sur les moyens d'innover ou d'accroître l'efficacité du travail effectué.

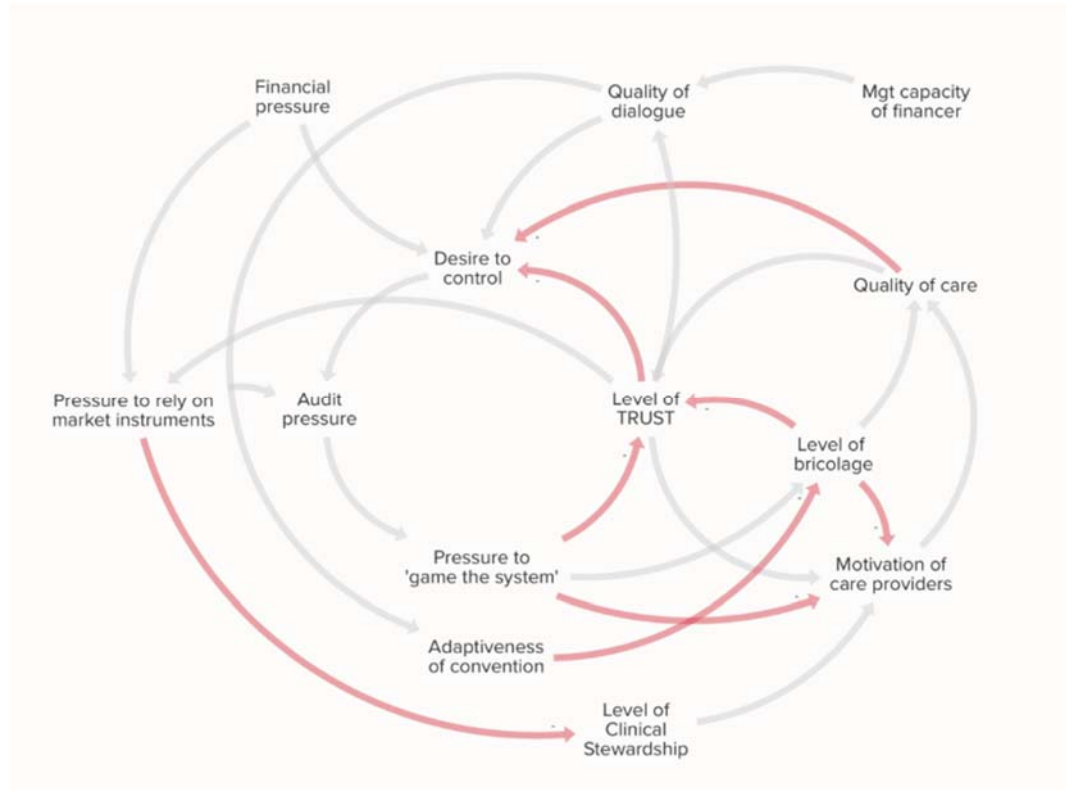
La figure ci-dessous montre un diagramme qui analyse cette logique (Figure 1). Les flèches suggèrent des liens de cause à effet entre les variables (les flèches bleues indiquent un ajout et les rouges une soustraction). Le diagramme montre comment la confiance (des cliniciens, des gestionnaires et de l'INAMI (Collège)) dans le système de conventions est soumise à l'effet de boucles de renforcement imbriquées. L'érosion de *la confiance* entre l'INAMI et les dispensateurs de soins fait croître *le besoin de contrôle* et donc *la pression d'audit* du côté de l'INAMI. Ceci augmente à son tour l'incitation des dispensateurs de soins à *contourner le système (to game the system)*, ce qui diminue encore le *niveau de confiance*. Les dispensateurs de soins retirent peu de satisfaction de ces *bricolages* (eu égard aux besoins des patients) ce qui diminue leur *motivation*.

La perte de motivation met la *qualité des soins* en danger et nourrit le *désir de contrôle* de la part de l'INAMI, désir de contrôle qui est également soumis à l'influence de facteurs exogènes tels que les *ressources financières disponibles*, et la *qualité du dialogue* entre l'INAMI et les gestionnaires. Le terme « dialogue » est un raccourci pour « l'information de gestion contextualisée » (à l'opposé des informations administratives chiffrées que presque personne ne lit). Une autre contrainte importante qui s'exerce ici est que le Collège des médecins-directeurs de l'INAMI ne dispose pas d'une *capacité suffisante de gestion*.

Un dernier ensemble de connexions relie les *contraintes financières* à la *pression pour l'introduction de mécanismes de marché* et à l'érosion du « *clinical stewardship* » (Iles, 2011) et revient influencer négativement *la motivation* des dispensateurs de soins.



Figure 1 – Dynamiques de la collaboration et de la confiance dans le système des conventions



Dans le climat actuel, il est probable qu'un outil d'évaluation objectivant n'aidera pas le Collège des médecins-directeurs à mieux comprendre les performances des conventions. On peut plutôt s'attendre à l'inverse, car la nécessité de rapports supplémentaires risque d'accroître le sentiment de « perte de pouvoir » (*disempowerment*) chez les dispensateurs de soins. C'est pourquoi nous proposons un « protocole de méta-évaluation », qui n'est pas un questionnaire détaillé mais plutôt un inventaire de questions-clés

permettant à tous les acteurs de se sentir impliqués dans l'évolution de leurs performances aux trois niveaux de transformation évoqués plus haut (patient, structure de soins, système).



RECOMMANDATION 3

À l'INAMI :

L'INAMI doit prendre l'initiative de la mise en œuvre et du suivi de l'instrument de méta-évaluation.

Au Collège des médecins-directeurs de l'INAMI :

Aux structures de soins impliquées dans une ou plusieurs conventions :

Le Collège des médecins-directeurs et les structures de soins devraient utiliser le protocole de méta-évaluation afin de mobiliser les flux d'informations pertinentes entre les acteurs clés, afin de stimuler et de soutenir la transparence, la participation et la responsabilisation (*accountability*). Ce sont là les trois leviers qui peuvent induire un processus participatif d'« apprentissage » et renforcer les relations positives (capital social) entre acteurs, notamment :

- au sein d'équipes multidisciplinaires opérant dans le cadre d'une convention ;
- chez les dispensateurs de soins opérant dans le cadre d'une convention ;
- entre dispensateurs de soins et INAMI ;
- entre acteurs institutionnels au sein de l'INAMI.

Les structures de soins doivent faire connaître les termes des accords aux dispensateurs de soins qui travaillent en leur sein dans le cadre de la convention.

RECOMMANDATION 4

À l'INAMI :

Le protocole de méta-évaluation doit être testé dans des projets pilotes sur un échantillon de conventions.

6.4. Prendre des mesures pour faciliter l'usage de l'instrument de méta-évaluation

La méta-évaluation ne peut se suffire à elle-même ; elle doit faire partie d'un ensemble plus large d'interventions pour soutenir le processus d'évaluation entre l'INAMI et les dispensateurs de soins. Les recommandations qui suivent représentent un ensemble d'interventions susceptibles d'activer et de soutenir l'usage d'un protocole d'évaluation standardisé des conventions.

6.4.1. Stimuler le fonctionnement des Comités d'accord

Formellement, la création d'un Comité d'accord fait partie de toute convention (à l'exception de quelques conventions anciennes). Ce Comité réunit des représentants du Collège des médecins-directeurs et des dispensateurs de soins concernés par la convention. Des interviews menées dans le cadre de cette recherche ont confirmé que, en favorisant les discussions bilatérales, les Comités d'accord sont de puissants incitants pour l'adaptation d'une convention en réponse, par exemple, à l'émergence de nouvelles opportunités thérapeutiques ou de nouvelles formes d'organisation des soins. Cependant, ils ne semblent guère utilisés ; les personnes interrogées ont indiqué que ces Comités se réunissent de façon assez irrégulière. Dans certains cas, aucun Comité d'accord n'avait plus été réuni depuis plus de 5 ans. Cela accentue le sentiment de perte de contrôle tant du côté de l'INAMI que des dispensateurs de soins. Il est donc essentiel que ces Comités soient activés, que des échanges suffisants aient lieu et que le secteur puisse également prendre des initiatives en ce sens. L'instrument de méta-évaluation que nous proposons permet de définir la portée des discussions à mener en leur sein.

RECOMMANDATION 5

À l'INAMI :

Le fonctionnement des Comités d'accord devrait être stimulé pour l'ensemble des conventions. L'organisation d'un Comité d'accord tous les deux ans pour chaque convention devrait être une ambition minimale.



6.4.2. Renforcer les capacités de gestion du Collège des médecins-directeurs

Le Collège des médecins-directeurs est fortement limité dans ses capacités de gestion et de mise à jour du portefeuille de conventions existantes. Il ne dispose que de ressources limitées en temps pour des réunions (6h par semaine en moyenne) et le soutien de la cellule technique est relativement limité (moins de 10 ETP). Or initier une nouvelle convention est un processus qui prend beaucoup de temps, même pour des conventions mineures avec des budgets relativement limités. De toute évidence, si l'on souhaite que le Collège puisse implémenter le protocole de méta-évaluation et s'engager dans une interaction plus étroite et plus dynamique avec les dispensateurs de soins, il faut lui octroyer des renforts.

Plusieurs scénarios sont possibles :

- renforcer la cellule de soutien du Collège ;
- sous-traiter certaines tâches à des sous-traitants qualifiés disposant des compétences nécessaires pour certaines tâches spécifiques. Ceci serait particulièrement intéressant lorsqu'il s'agit de compétences avec lesquelles les médecins sont peu familiarisés ;
- repenser et réorganiser le Collège en composition et / ou en nombre.

RECOMMANDATION 6

À l'INAMI et à la Ministre des Affaires sociales :

Pour pouvoir mener à bien les recommandations présentées dans ce rapport, il est crucial que les capacités du Collège des médecins-directeurs et de la cellule technique de soutien soient qualitativement et quantitativement renforcées.

6.4.3. Développer des indicateurs de performance pour l'ensemble des acteurs

Une fois le cadre stratégique clairement défini, il devra être traduit dans un ensemble d'indicateurs de performance s'adressant à tous les acteurs des conventions, y compris le Collège des médecins-directeurs et le Comité de l'assurance de l'INAMI.

RECOMMANDATION 7

À l'INAMI :

Des indicateurs de performance devraient être développés pour tous les acteurs impliqués dans les conventions en cours et à venir, y compris les organes concernés au sein de l'INAMI – à savoir le Collège des médecins-directeurs et le Comité de l'assurance.



6.4.4. Réviser les anciennes conventions

Les conventions les plus anciennes datent des années 1980 et du début des années 1990. Elles ont été développées dans un contexte sociétal tout à fait différent du contexte actuel. L'objectif était de proposer des soins facilement accessibles, avec un minimum de tickets modérateurs et une facture simple composée de montants forfaitaires. Le climat financier était plus généreux qu'aujourd'hui et, pour certains problèmes de santé, il y avait urgence. Certaines des conventions créées à cette époque l'ont été avec des contrôles de qualité inexistants ou mal définis.

Par ailleurs, certaines conventions – même relativement récentes – ne comportent pas d'incitants liés à la compliance, à l'efficacité et à l'enregistrement de données.

RECOMMANDATION 8

Aux Comités d'accord et au Collège des médecins-directeurs :

Les anciennes conventions devraient être révisées afin d'être réalignées avec les besoins actuels en matière de soins de santé et de permettre un monitoring de la qualité.

6.4.5. Développer un système de gestion des flux d'information générés par l'instrument de méta-évaluation

L'un des points faibles des conventions est que, très souvent, les données collectées restent fragmentaires et qu'aucune intégration n'est effectuée au niveau de l'INAMI. L'un des principaux objectifs du déploiement de l'instrument de méta-évaluation est la génération de flux d'informations pertinentes entre les acteurs clés des conventions, en tant que moyen de construire des relations de confiance. L'utilisation du protocole de méta-évaluation générera d'importants volumes de données qui nécessiteront une gestion adéquate afin d'aboutir au processus d'apprentissage participatif souhaité et, au final, à des conventions plus efficaces.

RECOMMANDATION 9

À l'INAMI et au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement :

Un système efficient de *data management* devrait être développé pour gérer et intégrer les données issues des conventions ; ce système devrait prendre en compte les mécanismes d'enregistrement déjà existants.

RECOMMANDATION 10

Au Collège des médecins-directeurs et au Comité de l'assurance :

Les résultats de l'évaluation des conventions devraient être rendus publics de manière transparente



6.4.6. Développer des scénarios pour adapter ou résilier les conventions

Il existe parfois, au sein de certaines structures de soins, une incertitude quant à la stabilité de leur financement par l'INAMI. Cela conduit certains dispensateurs à adopter des stratégies d'atténuation des risques et à éviter tout contact avec l'INAMI afin de ne pas susciter de soupçons inutiles. Un scénario clair d'adaptation ou de résiliation fournira au Collège un instrument puissant pour inciter les prestataires de soins à respecter les accords de la convention. En outre, cela créera un horizon plus prévisible pour les structures de soins en matière de financement.

RECOMMANDATION 11

Au Collège des médecins-directeurs et au Comité de l'assurance :

Au niveau des conventions en général (en tant qu'instrument de financement), il est nécessaire de prévoir des scénarios d'ajustement ou de résiliation clairement décrits pour le cas où une convention ne répond plus à un besoin de soins.

Au niveau des conventions avec les structures de soins individuelles, il est nécessaire de prévoir des mesures claires, sur la base de critères prédéfinis, pour les structures de soins qui ne respectent pas les termes des accords conclus dans le cadre de la convention. Il est également nécessaire de développer des scénarios pour éventuellement adapter, voire mettre fin à une convention.

7. CONCLUSION

L'objectif de ce projet de recherche était de contribuer à initier une spirale vertueuse menant à stimuler les échanges d'informations pertinentes, à construire la confiance entre les acteurs et à renforcer les capacités de gestion, pour arriver à un portefeuille de conventions plus efficaces et flexibles.

Le protocole de méta-évaluation que nous présentons dans ce rapport vise à soutenir un processus d'apprentissage participatif (évaluation développementale) en y impliquant tant les dispensateurs de soins que l'INAMI. Un tel outil devrait pouvoir jouer un rôle de boussole pour des échanges réguliers, notamment au sein des Comités d'accord des conventions.

Nos recommandations visent également à renforcer les capacités de management du Collège des médecins-directeurs, à accroître la responsabilisation (*accountability*) du Collège et du Comité de l'assurance, à améliorer la qualité du dialogue entre l'INAMI et les dispensateurs de soins et à augmenter la pertinence et l'applicabilité des données issues des conventions ainsi que la prévisibilité des financements pour les dispensateurs de soins.

À en juger par le feedback des dispensateurs de soins lors des ateliers de stakeholders, nous pensons que cet instrument sera également utile pour soutenir un processus de réflexion sur l'amélioration de la qualité au sein des équipes multidisciplinaires et entre équipes d'institutions différentes.

Nous espérons que l'introduction de ce protocole de méta-évaluation donnera une impulsion positive au secteur de la réadaptation, afin qu'il puisse profiter pleinement des potentialités que les conventions, instruments discrets mais très précieux de notre système de soins de santé, sont en mesure d'offrir.



■ RECOMMANDATIONSⁱ

RECOMMANDATION 1

À l'INAMI :

- Les conventions devraient être davantage développées et consolidées en tant qu'instrument de financement des soins au sein du système global des soins de santé, en particulier pour les pathologies complexes/rares et pour les patients porteurs de pathologies multiples.

À la Ministre des Affaires sociales

- Les conventions sont considérées comme un instrument très utile pour le financement / remboursement de soins multidisciplinaires de qualité. Afin d'optimiser leur utilisation en tant qu'instrument financier au sein du système de soins de santé et de tirer parti de tout leur potentiel, il est nécessaire de prévoir un budget adéquat.

RECOMMANDATION 2

À l'INAMI et à tous les stakeholders :

- Un large débat entre stakeholders devrait être organisé afin de redéfinir ensemble une vision commune du rôle des conventions.

RECOMMANDATION 3

À l'INAMI :

- L'INAMI doit prendre l'initiative de la mise en œuvre et du suivi de l'instrument de méta-évaluation.

ⁱ Le KCE reste seul responsable des recommandations.

***Au Collège des médecins-directeurs de l'INAMI :******Aux structures de soins impliquées dans une ou plusieurs conventions :***

- Le Collège des médecins-directeurs et les structures de soins devraient utiliser le protocole de méta-évaluation afin de mobiliser les flux d'informations pertinentes entre les acteurs clés, afin de stimuler et de soutenir la transparence, la participation et la responsabilisation (*accountability*). Ce sont là les trois leviers qui peuvent induire un processus participatif d'« apprentissage » et renforcer les relations positives (capital social) entre acteurs, notamment :
 - au sein d'équipes multidisciplinaires opérant dans le cadre d'une convention ;
 - chez les dispensateurs de soins opérant dans le cadre d'une convention ;
 - entre dispensateurs de soins et INAMI ;
 - entre acteurs institutionnels au sein de l'INAMI.
- Les structures de soins doivent faire connaître les termes des accords aux dispensateurs de soins qui travaillent en leur sein dans le cadre de la convention.

RECOMMANDATION 4***À l'INAMI :***

- Le protocole de méta-évaluation doit être testé dans des projets pilotes sur un échantillon de conventions.

RECOMMANDATION 5***À l'INAMI :***

- Le fonctionnement des Comités d'accord devrait être stimulé pour l'ensemble des conventions. L'organisation d'un Comité d'accord tous les deux ans pour chaque convention devrait être une ambition minimale.



RECOMMANDATION 6

À l'INAMI et à la Ministre des Affaires sociales:

- Pour pouvoir mener à bien les recommandations présentées dans ce rapport, il est crucial que les capacités du Collège des médecins-directeurs et de la cellule technique de soutien soient qualitativement et quantitativement renforcées.

RECOMMANDATION 7

À l'INAMI :

- Des indicateurs de performance devraient être développés pour tous les acteurs impliqués dans les conventions en cours et à venir, y compris les organes concernés au sein de l'INAMI – à savoir le Collège des médecins-directeurs et le Comité de l'assurance.

RECOMMANDATION 8

Aux Comités d'accord et au Collège des médecins-directeurs :

- Les anciennes conventions devraient être révisées afin d'être réalignées avec les besoins actuels en matière de soins de santé et de permettre un monitoring de la qualité.

RECOMMANDATION 9

À l'INAMI et au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement :

- Un système efficient de *data management* devrait être développé pour gérer et intégrer les données issues des conventions ; ce système devrait prendre en compte les mécanismes d'enregistrement déjà existants.

RECOMMANDATION 10

Au Collège des médecins-directeurs et au Comité de l'assurance :

Les résultats de l'évaluation des conventions devraient être rendus publics de manière transparente

**RECOMMANDATION 11*****Au Collège des médecins-directeurs et au Comité de l'assurance :***

- **Au niveau des conventions en général (en tant qu'instrument de financement), il est nécessaire de prévoir des scénarios d'ajustement ou de résiliation clairement décrits pour le cas où une convention ne répond plus à un besoin de soins.**
- **Au niveau des conventions avec les structures de soins individuelles, il est nécessaire de prévoir des mesures claires, sur la base de critères prédéfinis, pour les structures de soins qui ne respectent pas les termes des accords conclus dans le cadre de la convention. Il est également nécessaire de développer des scénarios pour éventuellement adapter, voire mettre fin à une convention.**



■ RÉFÉRENCES

1. Checkland, P., & Poulter, J. (2006). *Learning For Action: A Short Definitive Account of Soft Systems Methodology, and its use Practitioners, Teachers and Students*. Chichester, United Kingdom: John Wiley and Sons Ltd.
2. Iles, V. (2011). *Why Reforming the NHS Doesn't Work. The importance of understanding how good people offer bad care*. United Kingdom: Really Learning.
3. Vandenbroeck, P. (2012). *Working with Wicked Problems*. <https://www.kbs-frb.be/nl/Virtual-Library/2012/303257>.



COLOPHON

- Titre : Protocole d'évaluation pour les conventions avec l'INAMI – Synthèse
- Auteurs : Philippe Vandebroeck (shiftN), Wendy Christiaens (KCE), Marie Dauvrin (KCE), Rachel Wickert (MetM), Kim Becher (shiftN), Erik Hendrickx (KCE), Jo Goossens (shiftN), Liesbeth Jenné (shiftN), Marijke Eyssen (KCE)
- Coordinateur de projet : Marijke Eyssen (KCE)
- Redaction synthèse : Karin Rondia (KCE); Gudrun Briat (KCE)
- Relecture : Anja Desomer (KCE), Arnaud Fouchard (Haute Autorité de santé, France), François Schellevis (NIVEL), Koen Van den Heede (KCE)
- Experts externes : Valère Akafomo(ULg), Valérie Bartsch (ULg), Petra Berth (UZ Gent), Micheline Bon (ULg), Liesbeth Borgermans (Vrije Universiteit Brussel), Bertien Buyse (KULeuven), Jean-Pierre Bronckaers(Liberale Mutualiteit, Collège des médecins directeurs), Martin Caillet (CHU St-Pierre), Michel Cailliau (Clairs Vallons), Carine De Buck (Clairs Vallons), Ann De Guchteneere (Zeepreventorium), Bart De Bock (Az St-Lucas & Volkskliniek Gent), Eric Derom (UZ Gent), Philippe Duval (Cliniques de l'Europe), Arnaud Fouchard (Haute Autorité de Santé, France), Aiden Fowler (NHS Quality Improvement and Patient Safety, 1000 Lives Improvement Service, Public Health Wales), Alain Gadiisseur (Universitair ziekenhuis Antwerpen), Marjorie Gangolf (CHU Liège), Michelle Hall (HUDERF), Denis Herbaux (PAQS - Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients), Khalid Ismaili (HUDERF), Michel Mahaux (Santhea), Els Meerbergen (Vlaams Patiëntenplatform), Marc Moens (Imelda), Frank Nobels (OLV Aalst), Koen Peers (UZLeuven), Philippe Persoons (KULeuven), Christian Pirard (ULg), Rudi Reyntjens (Zeepreventorium), Camelia Rossi (CHU Ambroise Paré), Chantal Seret (Cliniques de l'Europe), Bart Thomas (UZ Gent), Marie Thys (CHU Liège), Jan Maarten van de Berg (IGZ), Dominique Vandevelde (UGent), Viviane Van Elshocht (CM, College van artsen directeurs), Omer Vanhoute (UZ Gent), Chris Van Hul (MLOZ, Collège des médecins directeurs), Ilse Weeghmans (Vlaams Patiëntenplatform), John Willems (Socmut, Collège des médecins directeurs), Eric Wilmet (Mutsoc, Collège des médecins directeurs), Bert Winnen (Cabinet de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique), Antonine Wyffels (Présidente du Collège des médecins directeurs de l'INAMI, Marc Xhrouet (Santhea)
- Validateurs externes : Rapport validé par Pascal Mertens (CHRSM) et Jan Maarten Van den Berg (IGZ, Pays-Bas). Un troisième validateur, Georges Vereecke, a émis des remarques majeures qui n'ont pas été suivies par les deux autres validateurs.
- Remerciements : Olivier Schmitz (UCL), Tinne Vandensande (KBS – FRB)
- Autres intérêts déclarés : Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine 'Evaluation Conventions Rehabilitation'. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.



Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Michel Cailliau (Membre du personnel de direction d'un centre de convention – Clairs Vallons CMP asbl), Rudi Reyntjens (Conseil d'administration de la caisse d'assurance maladie des travailleurs indépendants)

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Carine De Buck (direction médicale d'une convention privé), Marijke Eysen (Centrum voor ambulante revalidatie)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Michel Cailliau (Adjoint à la direction médical du CMP Clairs Vallons (convention INAMI – RIZIV)), Carine De Buck (Voir point 7), Omer Vanhaute (Coordinateur des conventions de l' UZ Gent)

Autres intérêts possibles qui pourraient mener à un potentiel ou réel conflit d'intérêts : Tinne Vandensande (Le KBS-FRB a déjà collaboré avec shiftN dans le passé. shiftN a utilisé le système soft methodology pour une étude par rapport à la participation des patients)

Layout :

Joyce Grijseels, Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

13 février 2018

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Multidisciplinary health care; Interdisciplinary health care team; Organizational innovation; Rehabilitation; Chronic diseases; Outpatient care; Long term care; Quality of health care; Organizational efficiency



Classification NLM : WA 525
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2018/10.273/20
ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Vandenbroeck P, Christiaens W, Marie Dauvrin M, Wickert R, Becher K, Erik Hendrickx E, Goossens J, Jenné L, Eyssen M. Protocole d'évaluation pour les conventions avec l'INAMI – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2018. KCE Reports 299Bs. D/2018/10.273/20.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.