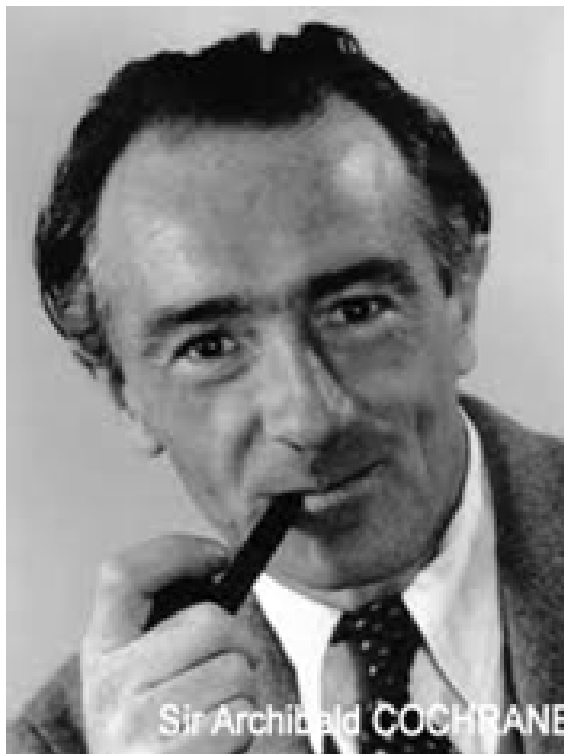


SYNTHÈSE

VERS UN PLAN INTÉGRÉ D'EVIDENCE - BASED PRACTICE EN BELGIQUE – PREMIÈRE PARTIE : PLAN DE GOUVERNANCE



SYNTHÈSE

VERS UN PLAN INTÉGRÉ D'EVIDENCE - BASED PRACTICE EN BELGIQUE – PREMIÈRE PARTIE : PLAN DE GOUVERNANCE

JEF ADRIAENSSENS, MARIJKE EYSSEN, RAF MERTENS, NADIA BENAHMED, DOMINIQUE PAULUS, FILIP AMEYE, MARC BOSSENS, CARL CAUWENBERG, ANNELIES COOLS, KURT DOMS, ERIK EVERAERT, MACHTELD GHEYSEN, MARGARETA HAELTERMAN, MARLEEN LALOUP, HUGUES MALONNE, PASCAL MEEUS, WIM PENNINGCKX, THIERRY ROISIN, MIEKE WALRAEVENS



■ PRÉFACE

Si vous nous demandez notre opinion, vous pouvez à coup sûr classer ceux qui ignorent l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) avec les climatosceptiques, les créationnistes et autres tenants de la théorie des miasmes. Et ce n'est pas une prise de position autorisée par le fait que l'*evidence-based medicine* constitue de toute évidence l'ADN du KCE, mais aussi un avis motivé par notre propre point de vue de patients (potentiels) d'aujourd'hui ou de demain. Donc, non, l'EBM n'est pas dépassée, et ne le sera pas de sitôt, parce qu'elle représente la victoire définitive sur toutes les formes de charlatanisme... La survie à cinq ans comme test ultime contre les *alternative facts*, en quelque sorte.

Et l'*Evidence-Based Practice* (EBP) alors, de quoi s'agit-il? Quelle est la différence avec l'EBM? Pour certains, la seule différence est que les soins basés sur des preuves sont élargis à d'autres disciplines que la seule pratique des médecins. Pour d'autres, cela va plus loin, le terme « pratique » signalant que l'on franchit le pas entre « l'art » de guérir (ou « l'art » infirmier, etc.) et sa mise en œuvre effective dans la pratique de tous les jours. Cela n'a l'air de rien mais ce petit pas a des conséquences considérables. Tout à coup, nous ne parlons plus seulement de médecine, de soins infirmiers, de kinésithérapie, d'épidémiologie ou d'autres encore, mais aussi de changements de comportements, de pédagogie, de marketing social et (sacrilège !) du monde de la pub...

Le KCE a reçu en juillet 2016 de la Ministre la mission de concevoir un Plan EBP global. Un tel Plan, c'est tout un programme : qui fait quoi, quand et comment, avec quels résultats (évaluables) ? Qui doit mettre tout ce processus complexe sur les bons rails ? Et qu'en est-il de son financement ? Ce dernier point promet d'être particulièrement sensible : la mission visait en effet à apporter plus de cohérence entre les acteurs et à introduire de nouveaux accents...mais le tout à l'intérieur du même budget que celui actuellement alloué à l'ensemble des activités EBP. On semble donc se diriger vers quelques décisions douloureuses pour concilier ces deux impératifs. Avec l'espoir que le bilan net restera positif en termes de qualité des soins pour le patient.

Ce rapport n'est que la première partie de notre proposition de Plan. Étant donné l'urgence, nous nous sommes d'abord focalisés sur les aspects de gouvernance et de financement. Dans un second temps, en octobre de cette année, nous approfondirons tout ce qui contribue à la mise en œuvre sur le terrain de l'EBP. Nous publierons en même temps un rapport scientifique contenant les fondements de nos recommandations. Mais même après cette prochaine étape, ce Plan EBP restera un *work in progress* qui devra encore cristalliser, via des discussions avec les différents partenaires, pour devenir un véritable Programme EBP à long terme, largement porté par l'ensemble des professions de soins de santé.

Pour nous soutenir dans ces réflexions autour de la gouvernance de réseaux, nous avons pu compter sur l'expertise du groupe *Technopolis* et de l'*Antwerp Management School*. Qu'ils soient ici chaleureusement remerciés pour cette précieuse contribution.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE	1
■	SYNTHÈSE	2
1.	CONTEXTE.....	5
1.1.	L'EVIDENCE-BASED PRACTICE.....	5
1.1.1.	Qu'est-ce que l'EBP?.....	5
1.1.2.	Guidelines et autres outils d'evidence synthesis	6
1.1.3.	EBP et politique de santé	6
1.2.	OBJECTIFS DE CETTE RECHERCHE.....	7
2.	LES ÉTAPES DE L'EVIDENCE-BASED PRACTICE.....	8
2.1.	GÉNÉRATION ET DISTILLATION DE CONNAISSANCES	8
2.2.	DIFFUSION ET DISSÉMINATION	9
2.3.	ADOPTION, IMPLÉMENTATION ET INSTITUTIONNALISATION	9
2.4.	LES ÉLÉMENTS MANQUANTS DANS LE MODÈLE AHRQ : PRIORISATION, VALIDATION ET ÉVALUATION.....	11
2.4.1.	Priorisation.....	11
2.4.2.	Validation.....	11
2.4.3.	Évaluation.....	11
2.4.4.	Boucle de feedback.....	12
3.	ANALYSE CRITIQUE DE LA SITUATION EN BELGIQUE.....	13
3.1.	ÉTAPE DE PRIORISATION.....	14
3.2.	ÉTAPE DE DÉVELOPPEMENT.....	14
3.3.	ÉTAPE DE VALIDATION:	15



3.4.	ÉTAPE DE DIFFUSION/DISSÉMINATION:.....	15
3.5.	ÉTAPE D'IMPLÉMENTATION:	16
3.6.	ÉTAPE D'ÉVALUATION:	17
3.6.1.	Evaluation de l'efficacité des actions de production, dissémination et implémentation des produits EBP	17
3.6.2.	Positionnement du Plan EBP par rapport aux autres initiatives pour la qualité et l'efficience des soins	18
4.	ANALYSE DE QUELQUES MODÈLES ÉTRANGERS	18
4.1.1.	Soumission de sujets	18
4.1.2.	Sélection des sujets	19
4.1.3.	Financement.....	19
4.1.4.	Communication vers les utilisateurs finaux et les groupes professionnels	19
4.1.5.	Dissémination des guidelines	19
4.1.6.	Activités liées à l'implémentation	19
5.	OBJECTIFS STRATÉGIQUES DU PLAN EBP BELGE.....	20
6.	QUEL MODÈLE DE GOUVERNANCE POUR LE PLAN EBP BELGE ?	21
6.1.	MODÈLES DE GOUVERNANCE DE RÉSEAUX.....	21
6.2.	PHASAGE DU MODÈLE DE GOUVERNANCE DU PLAN EBP.....	22
6.2.1.	Phase 1: réseau avec organisation leader, première étape vers une nouvelle structure de gouvernance	23
6.2.2.	Phase 2 : gouvernance par la NAO	24
6.3.	UN MODÈLE DE GOUVERNANCE BASÉ SUR LE « CYCLE DE VIE DE L'EBP »	25
7.	OPÉRATIONNALISATION : D'UN PLAN EBP VERS UN PROGRAMME EBP	28
7.1.	PRINCIPES DIRECTEURS ET PREMIERS JALONS.....	28
7.1.1.	Priorisation.....	28



7.1.2.	Développement.....	29
7.1.3.	Validation.....	29
7.1.4.	Diffusion et dissémination	29
7.1.5.	Implémentation	30
7.1.6.	Évaluation.....	31
7.1.7.	Boucler la boucle	31
7.2.	FINANCEMENT.....	32
7.2.1.	Vers un financement plus structuré et mieux coordonné.....	32
7.2.2.	De nouveaux accents,...mais à l'intérieur d'un budget fermé.....	33
7.2.3.	Financement de tâches versus financement de projets.....	36



1. CONTEXTE

1.1. L'Evidence-Based Practice

1.1.1. Qu'est-ce que l'EBP?

La « médecine basée sur les preuves » (*Evidence-based Medicine* ou EBM) et la « pratique basée sur les preuves » (*Evidence-based Practice* ou EBP) peuvent être définies comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves scientifiques récentes lors des choix concernant les soins de patients individuels ». Pour un soignant, pratiquer l'EBP, c'est combiner, au quotidien, trois éléments : 1/ **sa propre expertise clinique**, 2/ les « preuves » ou « **données probantes** » (= *evidence* en anglais) fournies sous forme de **recommandations** issues de la littérature scientifique, et 3/ les **préférences et valeurs de chaque patient individuel**. On y ajoute une quatrième dimension, celle des « facteurs contextuels » (tels que les coûts et la disponibilité des ressources) car il s'agit d'éléments sur lesquels on a peu de prise, mais qui peuvent affecter la force d'une recommandation et entraver sa mise en œuvre. Une pratique clinique idéale combine donc ces quatre aspects, aux antipodes d'une pratique *uniquement* basée sur les preuves scientifiques...ou sur le feeling du praticien.

Figure 1 – Le concept d'EBP



EBM ou EBP ?

Pour faciliter la lisibilité de ce rapport, nous utiliserons systématiquement le terme EBP car il concerne **l'ensemble des disciplines professionnelles des soins de santé**. Historiquement, l'EBM s'est principalement adressée aux médecins et a surtout porté les aspects curatifs de la médecine. Elle est progressivement remplacée par l'EBP, qui adopte une approche plus multidisciplinaire (infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, sages-femmes, ...) et englobe de nombreuses facettes de la santé, y compris l'anamnèse, la prévention, le diagnostic, le traitement, etc.



1.1.2. *Guidelines et autres outils d'evidence synthesis*

Les **guidelines ou guides de pratique clinique** sont les outils nécessaires à la mise en œuvre de l'EBP. Ils doivent être vus comme des **aides** proposées aux praticiens et aux patients pour faire des choix éclairés en matière de soins de santé, dans des circonstances cliniques spécifiques. En plus des guidelines, il existe une large gamme de « produits dérivés », créés pour soutenir, faciliter ou élargir l'utilisation des guidelines (p.ex. résumés, calculateurs de risque, instruments (questionnaires) de dépistage ou d'évaluation, outils d'aide à la prise de décision partagée, algorithmes interactifs, etc.).

Bien que l'accent principal de l'EBP soit souvent mis sur l'utilisation des données probantes, **le patient y occupe une place très importante**. En effet, comme la plupart des choix cliniques ne sont pas clairement tranchés – chaque approche ayant ses avantages et inconvénients – les patients et les soignants doivent souvent sopeser ensemble différentes options avant d'aboutir à des décisions conjointes bien informées. Ce processus, appelé « **prise de décision partagée** », a pris de plus en plus d'importance ces dernières années. Ce n'est toutefois pas une approche facile pour le soignant, qui doit acquérir des attitudes et des compétences spécifiques pour gérer ce modèle de consultation : il doit pouvoir donner des explications claires et objectives, mettre le patient en confiance, le guider dans ses choix et respecter sa prise de décision. Des outils spécifiques sont donc les bienvenus pour soutenir ce processus.

1.1.3. *EBP et politique de santé*

L'EBP est également importante en termes de politique de santé car elle constitue un **moyen important d'amélioration de l'efficacité, de l'efficience et de la qualité des soins**. Dans certains cas, elle peut également aider à maintenir sous contrôle les dépenses en soins de santé. Le déploiement de l'EBP à l'échelle nationale est donc un objectif politique important pour un pays. Cela nécessite de mettre en place un certain nombre de mesures pour structurer et aligner toutes les initiatives existantes, de manière à améliorer leur efficacité, à tirer parti de leur complémentarité et à harmoniser leur fonctionnement. La dissémination des

guidelines, notamment, exige un effort soutenu, car il est notoire que l'adoption de l'EBP par les praticiens de terrain reste souvent difficile.

En Belgique, comme le soulignait déjà en 2013 le rapport 212 du KCE, de nombreuses organisations sont actives tant dans le développement que dans la dissémination de guidelines, ce qui se traduit par un paysage assez confus, où les utilisateurs ne trouvent pas toujours leur chemin, et par une allocation peu cohérente des financements publics. Néanmoins, des progrès importants ont déjà été faits : il existe un groupe de travail réunissant les développeurs de guidelines pour les soins de 1^{re} ligne (**groupe de travail « Réalisation de recommandations de première ligne »**) et une plateforme qui centralise la diffusion et la dissémination de ces guidelines (**EBMPracticeNet**). Cependant, l'applicabilité des guidelines, leur communication vers les utilisateurs finaux et leur mise en pratique restent problématiques. Par applicabilité, on entend un ensemble de caractéristiques qui déterminent la facilité (et les obstacles) à la mise en pratique des guidelines sur le terrain. Il manque également un **plan de gouvernance global** pour coordonner ce processus (y compris la hiérarchisation des priorités et les flux de financement).

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a transmis au KCE en juin 2016 une note conceptuelle qui jette les bases d'un « **Plan fédéral EBP** » :

Le « Plan fédéral EBP belge » vise à améliorer la qualité, l'efficience et l'efficacité des soins de santé délivrés par les professionnels de soins belges en optimisant l'entièreté du processus d'Evidence-Based Practice (priorisation, développement, validation, dissémination, implémentation et évaluation) et la gouvernance de l'Evidence-Based Practice (EBP) au niveau fédéral. Le « Plan fédéral EBP belge » veut identifier, harmoniser, intégrer et valider les actions des diverses parties prenantes de l'Evidence-Based Practice et développer et mettre en place un plan global de gouvernance au niveau fédéral.



D'après cette note conceptuelle, le Plan fédéral doit se concentrer sur la **gouvernance globale des activités EBP** en Belgique ainsi que sur **l'efficacité de l'utilisation de l'EBP en Belgique** (adoption et mise en pratique par les utilisateurs finaux). La note conceptuelle indique :

- (1) que les décisions stratégiques du plan EBP seront prises par un **groupe de pilotage** composé de représentants du Cabinet, des administrations concernées et du KCE,
- (2) que les activités opérationnelles concernant ce plan EBP seront effectuées par un **coordinateur** qui sera le KCE,
- (3) que l'accent devrait être mis sur un **renforcement des stratégies d'implémentation** (mise en pratique des guidelines) et sur la mise en place d'une **stratégie d'évaluation** de leur efficacité.

1.2. Objectifs de cette recherche

L'objectif de ce projet de recherche est **d'identifier les éléments constitutifs nécessaires à la conception d'un plan fédéral de déploiement de l'EBP** réunissant en une seule approche cohérente toutes les initiatives existantes au niveau fédéral. Ce Plan EBP se focalisera dans un premier temps sur la première ligne de soins. Après évaluation, l'intérêt de l'étendre à la deuxième ligne sera considéré.

Pour mettre en œuvre un tel Plan EBP, il faut en premier lieu identifier quelle est la **structure de gouvernance globale** la plus appropriée pour pouvoir aligner le travail de tous les acteurs de l'EBP, y compris en termes de sélection des sujets, de financement et de respect des échéances et des exigences de qualité, de manière à augmenter l'efficacité de l'EBP auprès des utilisateurs finaux (en termes de dissémination, d'acceptabilité, d'applicabilité, d'adoption et d'utilisation des guidelines).

L'objectif final de ce plan est :

- de permettre à chaque professionnel de la santé d'avoir accès à des données probantes actualisées et validées via un site d'entrée unique ;
- de mettre en place un système de structuration, de coordination, de financement et de suivi de l'EBP en Belgique.

Les plans d'action déjà opérationnels en Belgique ont été pris en compte autant que possible.

Le succès du Plan EBP sera évalué par la mesure de l'implémentation des produits EBP. Il est important de souligner ici que cette évaluation se basera sur les données agrégées et anonymisées de groupes de prestataires de soins et non sur celles des prestataires individuels.

Le présent rapport constitue le premier jalon du Plan EBP. Il porte essentiellement sur **le modèle de gouvernance et de financement à mettre en place** pour mettre ce Plan sur les rails, en prévoyant une phase transitoire pour le lancement.



2. LES ÉTAPES DE L'EVIDENCE-BASED PRACTICE

Développer un guideline (ou tout autre produit EBP) est une entreprise bien plus vaste que les seules étapes de recherche et de rédaction proprement dites. Il s'agit en réalité d'un cycle composé d'étapes successives, qui ont toutes leur importance dans l'atteinte de l'objectif final de l'EBP : l'utilisation effective, dans la pratique réelle, des meilleures données probantes du moment.

Dans ce rapport, nous avons utilisé le cadre conceptuel de l'*Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*. Ce modèle est une synthèse de concepts scientifiques sur le transfert de connaissances, le marketing social, l'innovation sociale et organisationnelle et les modifications de comportement. Le processus de l'EBP y est divisé en trois phases : (1) la génération et la distillation de connaissances, (2) la diffusion et la dissémination des résultats de l'étape précédente et (3) l'adoption, l'implémentation et l'institutionnalisation des nouvelles connaissances ainsi acquises.

2.1. Génération et distillation de connaissances

Cette première phase comprend la réalisation de la recherche de littérature, suivie d'un processus rigoureux de filtrage et d'intégration des résultats afin de les rendre pertinents pour les utilisateurs potentiels et d'ainsi augmenter la probabilité qu'ils trouvent leur chemin vers la pratique de terrain. Ce processus de tamisage est appelé « distillation des connaissances ».

Pour atteindre cet objectif de pertinence, le processus de distillation des connaissances doit donc être informé et guidé par un **large éventail d'utilisateurs finaux**. C'est pourquoi on considère aujourd'hui que ces (futurs) utilisateurs doivent être impliqués dans le processus de développement dès le début, par exemple au moment de la définition des questions cliniques et de la délimitation du champ d'application (*scoping*). On donne à ce noyau de travail le nom de **Guideline Development Group (GDG)**.

Il est également important de s'entourer d'un **groupe multidisciplinaire d'experts et de stakeholders-clés** concernés par les questions traitées dans le guideline, y compris **les patients** (ou leurs associations représentatives). Cette approche a l'avantage de s'assurer de la validité (et de la valeur) du produit, de son acceptabilité, de sa faisabilité (y compris financière) et d'accroître le sentiment d'appartenance des groupes impliqués vis-à-vis du guideline en devenir.

Un guideline EBP doit répondre à un certain nombre de **critères de qualité** afin de garantir son caractère indépendant et exhaustif, de délivrer des messages pertinents utilisables par les prestataires de soins et applicables aux patients, et de maintenir la confiance et l'acceptation par les utilisateurs finaux. Ces critères sont décrits dans l'instrument de validation élaboré par le groupe collectif *Appraisal of Guidelines, REsearch and Evaluation, version two (AGREE II)*, un outil développé de manière extrêmement rigoureuse et validé à l'échelle internationale. Bien que l'utilisation d'AGREE II se fasse sur le guideline terminé (voir étape de validation), il est fortement recommandé de tenir compte de ses critères **dès la phase de développement**.

- Adaptation de guidelines étrangers

Il n'est pas toujours nécessaire de développer un guideline *de novo*. Ceux développés dans d'autres pays sont souvent d'excellente qualité et il est plus « économique » à bien des égards de les récupérer, à condition toutefois de les adapter à la situation belge. C'est d'ailleurs ce qui est actuellement recommandé au niveau international. Cette adaptation contextuelle doit également se faire selon des méthodes bien codifiées (généralement la méthode appelée **ADAPTE**), mais cela exige également une connaissance approfondie du contexte de pratique clinique visé. Cela implique une collaboration étroite entre les développeurs et les stakeholders / utilisateurs finaux de manière à ajuster le mieux possible les données probantes et le contexte local.

L'adaptation de guidelines étrangers de qualité contribue à améliorer leur acceptation et leur implémentation et peut mener à des changements importants dans les pratiques de terrain.



2.2. Diffusion et dissémination

La deuxième phase du modèle AHRQ est celle de la « diffusion » et de la « dissémination », la première désignant une propagation spontanée des connaissances, tandis que la seconde sous-entend une distribution volontairement ciblée vers un public spécifique. Cette étape fait appel au **marketing social** pour sélectionner les canaux de distribution appropriés.

Lors d'une précédente étude, le KCE a étudié l'efficacité des stratégies de dissémination en se basant sur la *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC)*. Sa principale conclusion était qu'il serait opportun de **constituer une plate-forme unique** pour assurer la dissémination de l'ensemble des produits EBP développés en Belgique, sous des formats variés et en garantissant leur haute qualité. Cette plateforme unique sera au cœur du Plan EBP. Notons que le législateur a déjà fait le choix de faire du site web d'EBMPracticeNet cette plateforme de référence en matière d'EBP pour au moins cinq professions de santé reconnues^a. L'arrêté royal ne définit pas quelles sont ces professions de santé.

Il est également prouvé que l'utilisation de **messages (et de formats) spécifiques** pour des publics particuliers est de nature à accroître l'utilisation des informations transmises. Les **partenariats** avec des organisations professionnelles et des leaders d'opinion sont aussi susceptibles de rendre l'implémentation plus efficace.

2.3. Adoption, implémentation et institutionnalisation

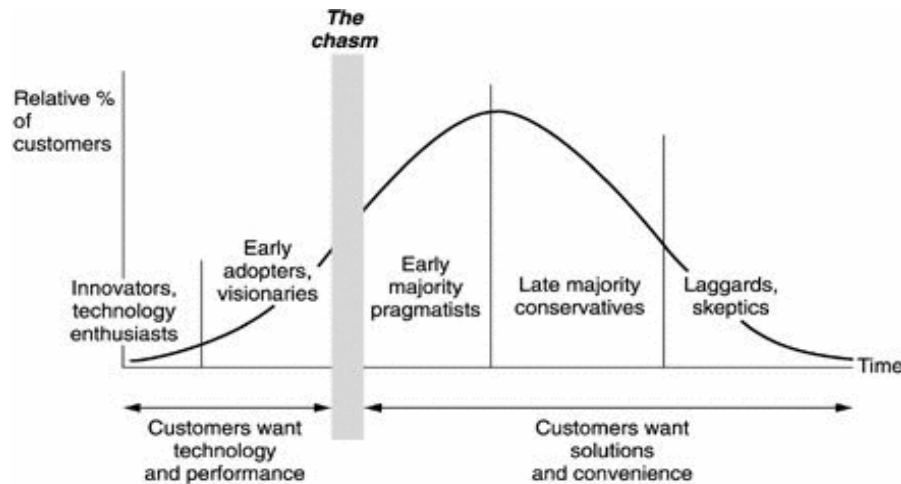
La phase finale du modèle AHRQ est l'adoption, l'implémentation et l'institutionnalisation par les utilisateurs finaux. C'est la partie du cycle de vie dans laquelle les guidelines sont introduits dans les pratiques et modifient le comportement des cliniciens. La distinction avec la dissémination, dont elle est (devrait être) la conséquence logique, est parfois difficile à faire ; elle tient essentiellement au fait que la dissémination dépend des acteurs de l'EBP, tandis que l'implémentation repose sur le bon vouloir des acteurs de terrain.

Certaines agences font appel à des **équipes de transfert de connaissances** (également appelées **courtiers en connaissances**). En effet, les développeurs de produits EBP sont principalement absorbés par des motivations et des contraintes scientifiques, tandis que l'utilisateur d'EBP, lui, est souvent influencé par d'autres motivations telles que l'efficacité, la commodité, la facilité d'utilisation ou certains incitants financiers, mais aussi par l'anxiété, la méfiance, les contraintes de temps et la résistance au changement. On appelle cela le « fossé des contraintes culturelles » (figure 2). Il est important de prendre ce fossé en compte pour réussir l'étape d'implémentation. C'est pourquoi il est intéressant de se doter d'une expertise spécifique en matière de **modification de comportements**, capable d'analyser minutieusement les interrelations complexes entre l'innovation apportée par l'EBP et les structures organisationnelles, les croyances et valeurs des praticiens, et le contexte général, de manière à pouvoir ajuster constamment les stratégies mises en œuvre.

^a Arrêté royal octroyant un subside à l'a.s.b.l. EBMpracticeNet en vue de stimuler l'utilisation systématique de l'Evidence Based Practice dans la Pratique professionnelle des professionnels de la santé reconnus pour des soins plus qualitatifs, durant la période du 1er septembre 2016 au 31 août 2017 inclus (AR 28.X.2016 – publication 22.12.2016)



Figure 2 – Le fossé des contraintes culturelles



Mais les facteurs **socio-politiques et culturels** peuvent également influencer l'adoption de recommandations dans la pratique. Certains de ces facteurs sont modifiables (financement p.ex.), d'autres sont non-modifiables, comme les conditions économiques, historiques et culturelles et le climat politique global. Si l'on veut maximiser les chances de réussite de l'implémentation, les éléments non-modifiables doivent être pris en compte dans le développement du guideline et les éléments modifiables peuvent éventuellement être adaptés. Notamment, il faudra veiller à la cohérence entre tous les incitants qui ont une influence sur le comportement que l'on souhaite promouvoir sur la base des connaissances EBP (p.ex. accréditation, nomenclature, etc.).

Changer les comportements : d'abord la carotte, ensuite le bâton...

Engendrer des changements de comportements nécessite parfois de petits coups de pouce. Les stratégies validées recommandant de s'appuyer dans un premier temps sur la motivation intrinsèque des prestataires de soins, en faisant la promotion des atouts de l'EBP de manière à éveiller chez eux une attitude positive à son égard. Ce n'est que dans un second temps que l'on recourra à la motivation extrinsèque, d'abord via des incitants (accréditation, financements spécifiques,...) et seulement en dernier recours en brandissant le « bâton » des contrôles et des sanctions.

Il est également nécessaire de prévoir un **monitoring** des processus de dissémination et d'implémentation, par exemple en termes de publics atteints ou de changements de pratiques, pour pouvoir évaluer l'efficacité du processus. Attention toutefois à ne pas confondre cette évaluation avec un contrôle des pratiques individuelles.

Enfin, il est primordial de garder à l'esprit que modifier des pratiques est un **processus qui prend du temps** et qui mobilise parfois des efforts considérables. La **résistance au changement** est une réalité incontournable : l'adoption d'idées nouvelles implique un long processus de persuasion fait d'accompagnement, de formation, d'information, voire d'éducation. À terme, ces stratégies d'implémentation doivent théoriquement mener à ce que l'innovation – quelle qu'elle soit – devienne la norme et soit « institutionnalisée ». Le Plan EBP devra intégrer cette donne du « temps long ».



2.4. Les éléments manquants dans le modèle AHRQ : priorisation, validation et évaluation

Bien que le modèle AHRQ soit assez complet et largement utilisé à travers le monde, nous estimons qu'il ne serait pas suffisant dans le contexte d'un Plan EBP fédéral. En effet, il lui manque trois facettes pourtant essentielles si l'on considère le fonctionnement global et la durabilité d'un tel Plan.

2.4.1. Priorisation

Une phase de **hiérarchisation des priorités** est indispensable en amont du Plan. En effet, une gouvernance adéquate implique que le choix des activités d'EBP à développer (et à financer) soit établi sur la base de critères ou d'objectifs prédéfinis et que tant les autorités publiques que les parties prenantes – y compris les citoyens/patients – puissent y avoir leur mot à dire. La définition de ces critères ou objectifs représente en soi une étape préliminaire.

2.4.2. Validation

Il est extrêmement important que la qualité globale et l'exactitude méthodologique de l'information EBP soient garanties. Une information peu fondée ou ambiguë – ou, à plus forte raison, biaisée par des conflits d'intérêt – peut nuire à la confiance et à l'acceptabilité de tout le système. C'est pourquoi une vérification par un **organe de contrôle indépendant** et officiellement reconnu est une étape indispensable avant la publication officielle d'un guideline. La validation externe porte principalement sur les **aspects procéduraux** : l'approche utilisée pour élaborer le guideline est-elle méthodologiquement correcte? Les sources potentielles de biais ont-elles été prises en compte? Cependant, comme les méthodes de développement utilisées doivent être décrites en détail, il se peut que les validateurs identifient des failles ou des erreurs majeures concernant le **contenu** d'un guideline (par exemple la négligence de sources scientifiques importantes). La validation porte aussi sur le **réalisme des recommandations** pour leur application en pratique.

La majorité des organismes de validation, à l'échelle internationale, se basent sur l'instrument AGREE II. Néanmoins, il peut exister de subtiles différences entre les institutions de différents pays. Cela implique que l'importation d'un guideline étranger doit également passer par une validation externe portant sur la robustesse des méthodes utilisées pour son développement.

Les développeurs de guidelines font parfois preuve d'une certaine réticence vis-à-vis de la validation externe, car c'est un processus long, exigeant et coûteux. Mais cette réticence s'explique aussi par le fait de se sentir que leur travail, souvent effectué avec dévouement et conviction, est évalué et critiqué par des évaluateurs externes.

En Belgique, il existe une instance officielle de validation, qui est le CEBAM (*Belgian Centre for Evidence-Based Medicine*, affilié à la *Cochrane Collaboration* et au *Joanna Briggs Institute*)

2.4.3. Évaluation

Une étape d'évaluation doit venir clôturer le processus EBP, afin de déterminer sa qualité globale ainsi que l'efficacité de l'étape d'implémentation. Une grande partie de la littérature actuelle sur l'EBP se concentre sur les étapes de recherche en elle-même ou d'évaluation méthodologique, mais il existe peu de recherches sur **l'évaluation des modifications de pratique générées**. Celles-ci représentent pourtant **le résultat final de tout le processus**. L'étape d'évaluation implique la collecte de données sur le téléchargement, la lecture, l'utilisation (*outcome*), ainsi qu'une évaluation de l'efficacité de l'intervention de santé elle-même (en termes de bénéfices et de risques pour le patient = impact). Il faut toutefois souligner ici qu'un grand nombre de facteurs autres que l'EBP ont une influence sur les résultats de santé des patients.

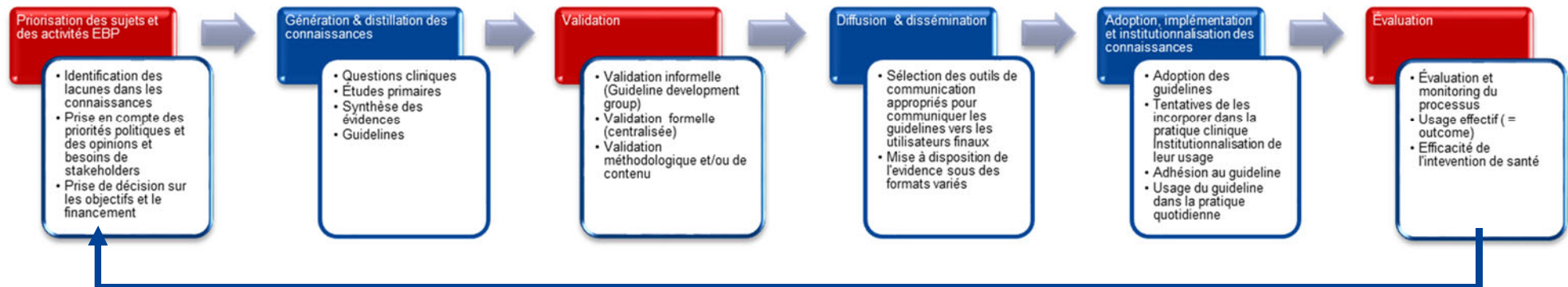
Il importe de bien distinguer cette étape d'évaluation des interventions EBP (production du guideline, dissémination et implémentation), d'un éventuel contrôle « d'évaluation des pratiques » assorti d'incitants, d'accompagnement et si nécessaire, de mesures correctrices à l'égard de praticiens individuels.



2.4.4. Boucle de feedback

Enfin, nous pensons qu'un modèle ne serait pas complet sans l'ajout d'une boucle de rétrocontrôle (*feedback*) qui offre une opportunité d'amélioration et d'adaptation continues du processus, sur la base de l'évaluation des résultats.

Figure 3 – Modèle pour le Plan EBP belge



Les éléments en bleu sont ceux du modèle AHRQ et ceux en rouge sont les étapes que nous ajoutons à ce modèle



3. ANALYSE CRITIQUE DE LA SITUATION EN BELGIQUE

L'utilisation de guidelines est aujourd'hui considérée, partout dans le monde, comme l'un des fondements de l'amélioration de la qualité des soins. Toutefois, malgré d'importants investissements dans leur développement et leur dissémination, les recherches montrent que leur efficacité est loin d'être optimale. Cette observation générale se confirme dans notre pays. Une étude menée en 2013 par le KCE (KCE Report 212) avait analysé les raisons du relatif désintérêt des prestataires de soins pour les guidelines et proposé quatre grands axes pour améliorer la situation :

- Mettre à disposition une plate-forme unique pour la dissémination des guidelines parmi les professionnels de santé ;
- Utiliser des messages clairs sous différents formats permettant une consultation des recommandations en temps réel lors de la pratique ;
- Analyser la nécessité de développer des guidelines nationaux afin d'augmenter l'efficacité de l'allocation des ressources entre le développement et la dissémination des guidelines en Belgique ;
- Fournir un label de qualité pour les guidelines par un organisme belge ou un organisme étranger reconnu.

Besoins des utilisateurs finaux

En 2016, le KCE a mené une enquête auprès de près de 3000 prestataires de soins belges (médecins, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes) sur leur utilisation des guidelines, leurs besoins en la matière et leurs souhaits pour les améliorer. Les principaux résultats peuvent se résumer comme suit :

- La connaissance de l'EBP est très variable entre les différentes professions : selon le groupe, entre 20% et 70% des professionnels de santé déclarent en avoir une bonne connaissance.
- L'accessibilité insuffisante des guidelines reste un obstacle majeur à leur utilisation.
- Tous les professionnels de la santé expriment leur préférence pour des guidelines présentés en version électronique (pdf), sauf les médecins généralistes qui souhaitent aller plus loin et utiliser des aides à la décision intégrés aux dossiers médicaux informatisés de leurs patients.
- Les professionnels apprécient la présence de résumés dans les guidelines. Ils préfèrent utiliser les versions résumées plutôt que les full guidelines.
- Tous les professionnels de la santé expriment leur intérêt pour des guidelines étrangers de grande qualité adaptés au contexte belge. Les médecins généralistes apprécient aussi les guidelines développés par des organisations belges, tandis que les spécialistes se tournent plus volontiers vers des guidelines internationaux (non adaptés).
- Les outils de partage d'information avec les patients (aides à la décision clinique, arbres décisionnels, informations sur les avantages et inconvénients d'une intervention) sont très appréciés. Les infirmiers, sages-femmes et kinésithérapeutes aiment aussi utiliser des brochures pour les patients.



Dans le cadre du présent rapport, nous avons mené des entretiens approfondis avec des développeurs et des diffuseurs de produits EBP en Belgique pour faire un état des lieux sur la dissémination et la mise en œuvre des guides de pratique clinique. Nous reprenons ci-après les points clés de cette analyse critique ; les résultats extensifs se trouvent dans le rapport scientifique.

Les acteurs belges de l'EBP sont nombreux et leurs points de vue sur la définition d'un guideline sont parfois assez divergents. Pour la majorité d'entre eux toutefois, un guideline doit résulter d'un processus méthodologique strict. D'autres, tout en respectant aussi une méthodologie stricte, mettent davantage l'accent sur leur utilisation pratique et créent directement des outils à l'attention des utilisateurs (*Rode Kruis Vlaanderen*). Certains ont moins d'expérience dans le développement de guidelines et n'appliquent pas (encore) un processus rigoureux mais ont l'intention d'y venir. Par ailleurs, certains, comme le CBIP ou Farmaka, soulignent que leurs « produits » ne peuvent pas être assimilés à des guidelines standards.

3.1. Étape de priorisation

- Il n'existe **pas de procédure centrale de sélection et de priorisation** de sujets de guidelines à développer. Dans la plupart des cas, les développeurs de guidelines définissent leurs priorités en interne (en consensus), souvent avec la participation des utilisateurs finaux, et parfois avec un *input* de certaines administrations fédérales ou fédérées. Mis à part la procédure d'appel à propositions du KCE, aucune initiative d'implication des représentants des patients dans la sélection des sujets n'a été identifiée.
- Les *short lists* résultant des processus de priorisation en interne doivent souvent recevoir l'approbation d'une commission de supervision des autorités publiques (comité d'accompagnement). En ce qui concerne le groupe de travail « Réalisation de recommandations de première ligne », il réunit les *short lists* de ses membres et crée une nouvelle *short list* qui doit être approuvé (ou modifiée) par le Conseil national de Promotion de la Qualité (CNPQ).

- Dans certains cas, les possibilités de **coopération avec des développeurs étrangers** peuvent favoriser le choix d'un sujet de guideline (p.ex. Domus medica et NHG ; KCE et IKNL ; KCE et NICE).
- À part les critères de priorisation utilisés par le KCE, aucun autre **critère formel de priorisation** n'a été identifié.

3.2. Étape de développement

- La majorité des développeurs de guidelines ont recours à une **méthodologie détaillée stricte**. Le plus souvent, il s'agit du manuel (*process book*) du groupe de travail « Réalisation de recommandations de première ligne », lui-même basé sur les procédures internationalement reconnues (GRADE, ADAPTE & AGREE II).
- La **participation (précoce) des experts et des parties prenantes** au processus de développement, en tant que coauteurs ou *peer-reviewers*, est généralement bonne (réunions de GDG, groupes d'experts, consultations de stakeholders,...).
- La participation des (**représentants des**) **patients** au développement des guidelines est insuffisante. L'intégration des informations des « experts du vécu » est pourtant cruciale pour l'acceptabilité et la facilité d'utilisation des produits développés. Les associations de patients sont prêtes à coopérer à ce processus, à condition que celui-ci subisse quelques aménagements.
- La perspective de devoir soumettre les guidelines à une **validation externe par le CEBAM** est un incitant supplémentaire à appliquer des procédures de développement de haute qualité. Ainsi par exemple, la rédaction d'un **protocole de recherche** dès avant le début du processus de développement pourrait faciliter cette étape de validation finale. Un alignement des critères de qualité du CEBAM et de ceux du groupe de travail « Réalisation de recommandations de première ligne » serait souhaitable.
- La publication dans EBMPPracticeNet doit se faire sous la forme d'un **résumé des recommandations**, ce qui semble représenter un obstacle pour de nombreux développeurs. Une **standardisation du**



processus de développement (obligation d'intégrer le résumé au guideline pour obtenir la validation) pourrait également résoudre ce problème.

- Un large éventail de **documents destinés au soutien des professionnels et des patients** est développé et diffusé par les développeurs de guidelines. Il n'existe cependant aucune stratégie centrale pour coordonner ces initiatives.
- Les acteurs actuellement impliqués dans l'EBP affichent quasi exclusivement des compétences en matière de pratiques *Evidence-based* et quasi aucune en matière de transfert de connaissances et d'induction de changements de comportements (psychologie, communication, *change management*, marketing social...).

3.3. Étape de validation

- La majorité des développeurs appliquent une forme de **validation informelle** (*peer review* et réunions de consensus), généralement intégrée au processus de développement.
- Le **CEBAM** est le seul **validateur formel officiellement reconnu** pour tous les produits EBP. Il fait appel à une **méthodologie stricte** pour la validation externe (notamment via la composition d'un comité de validation et de procédures spécifiques de validation). Cette procédure approfondie est perçue par un certain nombre de développeurs comme lourde et stressante, mais elle a l'avantage à contribuer de manière significative à un nivellement par le haut des guidelines produits ou adaptés.
- Il serait souhaitable que, avant de lancer le développement d'un guideline, les développeurs vérifient systématiquement les opportunités **d'adapter un guideline étranger** de haute qualité. En effet, les guidelines étrangers adaptés ne nécessitent qu'une validation méthodologique, plus rapide et moins énergivore.
- Certains produits EBP, comme par exemple les informations produites par le CBIP, ne correspondent pas au processus de validation actuel. Il

faudrait explorer l'opportunité de développer des **procédures alternatives** pour ces produits.

- Il n'existe à l'heure actuelle **aucun critère officiel** pour être reconnu **validateur**. Le CEBAM applique toutefois une série de critères pour reconnaître les validateurs de contenu et les validateurs méthodologiques.
- L'approbation par un comité de validation CEBAM est une **condition préalable à la publication** d'un résumé de guideline sur **EBMPracticeNet**.
- L'approbation d'un comité de validation est une condition préalable pour obtenir le **versement final d'un éventuel financement** du développement d'un guideline approuvé dans le cadre du groupe de travail « Réalisation de recommandations de première ligne ».

3.4. Étape de diffusion/dissémination

- La majorité des développeurs plaident pour la création d'une **plateforme centrale de dissémination de l'EBP**.
- **EBMPracticeNet** a été conçu pour devenir la **plateforme centrale de diffusion et de dissémination des guidelines en Belgique**. Jusqu'à présent, son contenu s'adresse principalement aux médecins généralistes (avec notamment la possibilité de liens électroniques vers les dossiers médicaux informatisés), mais le choix politique est d'en faire le site de référence EBP pour au moins cinq professions de santé reconnues (dans une 1^{re} phase).
- EBMPracticeNet vise également à optimiser la **collaboration entre les développeurs** de guidelines ; il entretient des contacts avec la majorité d'entre eux, notamment dans un souci d'uniformisation des produits développés.
- Tous les développeurs EBP et les organisations professionnelles continuent par ailleurs à utiliser leurs propres canaux et stratégies de dissémination. Il n'y a donc **pas de coordination centrale** des activités de dissémination.



- Dans la majorité des cas, il existe une **collaboration étroite entre les développeurs de guidelines et les associations professionnelles**, ce qui est considéré par tous comme un atout important pour l'acceptabilité et l'implémentation des guidelines.
- Les produits EBP (format numérique ou papier) sont diffusés sous une **grande variété de formats**, tous dérivés du guideline complet initial. Les développeurs et les organisations professionnelles utilisent souvent une approche multidimensionnelle pour diffuser leur matériel EBP, mais ils n'appliquent **pas de stratégie formelle**.
- Plusieurs organisations ont développé des **applications d'e-learning**, mais elles sont très coûteuses et n'ont pas rencontré beaucoup de succès. Certaines organisations sont impliquées dans **l'éducation et la formation**, ou fournissent du matériel de formation pour soutenir la formation par des tiers. L'octroi de **points d'accréditation** liés au suivi de ces cours peut être un facilitateur pour l'implémentation.
- Plusieurs organisations organisent des **visites en face à face** ou participent à des **GLEM** pour disséminer les connaissances *Evidence-based*. Ceci se fait principalement pour les médecins généralistes. La plupart des développeurs présentent également les nouveaux produits EBP lors de conférences et participent parfois à des campagnes médiatiques. Il n'y a pas de stratégie claire d'utilisation des médias sociaux ou du marketing social.
- Plusieurs organisations partagent l'avis qu'il est nécessaire de **coordonner et de centraliser la communication** de l'information EBP, en recourant à du personnel possédant des **compétences spécifiques** en matière de communication (dont certaines organisations disposent déjà).
- Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour accroître la **littératie en santé** chez les patients et pour formuler des messages EBP clairs en langage accessible à tous. Ces informations pour les patients pourraient être connectées à EBMPacticeNet.

3.5. Étape d'implémentation

- Il n'existe **aucune stratégie centrale pour l'implémentation de l'EBP** en Belgique, même si l'on peut identifier quelques initiatives dispersées. La dissémination classique des guidelines semble, pour la plupart des acteurs, mettre un point final à leur tâche. Les connaissances au sujet de notions telles que la résistance au changement sont insuffisamment développées. Les développeurs ne sont généralement pas au courant du taux d'acceptation et d'implémentation de leurs produits.
- Certains outils sont cependant en cours de développement, notamment les outils d'aide à la décision, les aides à la prescription rationnelle à partir des Dossiers Médicaux Informatisés (DMI) du prescripteur (*scripts* - aides à la prescription en temps réel) et la mise à disposition des résultats des examens dans les DMI.
- Les utilisateurs finaux ont souvent une mauvaise connaissance du concept même d'EBP, ou manifestent de la réticence à son égard. Ceci est plus fréquent chez les praticiens les plus âgés.
- Le manque d'incitants (financiers ou sous forme de points d'accréditation) est également mentionné comme un obstacle à l'implémentation des produits EBP.



3.6. Étape d'évaluation

3.6.1. *Evaluation de l'efficacité des actions de production, dissémination et implémentation des produits EBP*

- Il n'existe jusqu'à présent aucune politique formalisée et systématisée d'évaluation de l'utilisation et de l'efficacité des guidelines dans les différentes professions de soins de santé.
- Un certain nombre de développeurs essayent d'intégrer dans leurs guidelines des outils internationalement validés de monitoring de l'utilisation (outils de monitoring des téléchargements, mesure de l'adoption par les utilisateurs, de leur satisfaction, etc.).
- EBMPracticeNet dispose d'outils pour monitorer certains aspects de ses activités. À ce jour, ces données ne sont cependant pas utilisées à des fins d'évaluation.

Un nouveau système d'accréditation des professionnels de santé

En parallèle à l'élaboration du Plan EBP, une **réforme du système actuel d'accréditation des professionnels de la santé** est également en chantier. L'accréditation laissera désormais la place à un système de « développement professionnel permanent » qui mettra l'accent sur les besoins de formation réels des professionnels mais aussi sur les attentes des autorités.

Le nouveau système sera basé sur le principe du « **cercle de qualité** » qui présente quelques similitudes avec le modèle AHRQ de l'EBP :

1/ PLAN – Planifier : Établissement d'un plan de formation basé sur deux piliers : d'une part les besoins de formation du professionnel et d'autre part les objectifs de santé publique et de l'assurance-maladie (utilisation appropriée des moyens, multidisciplinarité, « transmuralité », e-santé,...).

2/ DO – Faire : Formations via diverses méthodes modernes d'apprentissage (e-learning, visiteurs médicaux,...), ce qui correspond à la **phase de dissémination** dans le modèle AHRQ.

3/ CHECK – Vérifier : Mesure de l'impact des formations sur la pratique individuelle des professionnels, ce qui correspond à la **phase d'évaluation** dans le modèle AHRQ (adapté par le KCE). Important : l'unité de mesure de l'accréditation ne sera plus le temps passé à se former mais le résultat obtenu.

4/ ACT – Réagir : Ajustement du plan de formation en fonction des résultats de l'évaluation.

Le nouveau système pourrait comporter des **incitants** récompensant les pratiques EBP (= **phase d'implémentation**) en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience construits sur la base de l'activité des (groupes de) prestataires (*benchmarking*).

Un système analogue a été mis en place en 2011 en France où une nouvelle « rémunération fondée sur l'atteinte d'objectifs de santé publique » (ROSP) a été instaurée.



3.6.2. *Positionnement du Plan EBP par rapport aux autres initiatives pour la qualité et l'efficacité des soins*

Jusqu'à présent, l'utilisation ou la non-utilisation des recommandations EBP ne semble pas avoir de conséquences (en termes d'accréditation, d'incitants ou de sanctions financières) pour les professionnels de la santé sur le terrain.

Récemment, plusieurs initiatives ont été lancées par les administrations de santé dans le but de renforcer la qualité, l'efficacité et l'efficacité des soins, comme la réforme du système d'accréditation, le Plan d'Action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017 (avec les « mesures soins efficaces ») et la réforme de la loi sur la pratique des professions de soins de santé.

Le Plan d'action EBP a pour objectif de structurer, de coordonner, de financer et d'assurer le suivi de l'EBP en Belgique, mais il est également important qu'il se positionne de façon optimale par rapport à ces différentes initiatives.

4. ANALYSE DE QUELQUES MODÈLES ÉTRANGERS

En mars 2016, KCE a envoyé un questionnaire en ligne à 18 agences de développement de guidelines à l'étranger, dans le cadre de son projet visant à mieux adapter ses propres guidelines aux besoins des utilisateurs (Rapport KCE 284). Sept organisations ont accepté de répondre en profondeur et de partager leurs processus de travail. Les observations qui ont été jugées pertinentes pour ce rapport sont brièvement résumées ci-dessous (une description plus détaillée se trouve dans le rapport scientifique).

Les organisations ayant participé à l'enquête du KCE

- Haute Autorité de Santé (HAS), France
- Duodecim, Finland
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), the Netherlands
- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), the Netherlands
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), the Netherlands
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Scotland
- National Institute for Health and Care excellence (NICE), United Kingdom

4.1.1. *Soumission de sujets*

Certaines agences procèdent par lancement d'appels réguliers pour la soumission des sujets, d'autres ont une formule de soumission libre de sujets, d'autres encore proposent une liste thématique prédéfinie aux praticiens ou aux organisations professionnelles.



4.1.2. Sélection des sujets

Tous les développeurs de guidelines interrogés (à l'exception de la HAS) ont une **procédure formelle** pour sélectionner les (propositions de) sujets de guidelines à développer. En Angleterre et en Écosse, ce sont les autorités qui sont chargées de la sélection. D'autres agences s'appuient sur des groupes d'experts, dont la composition varie toutefois considérablement : certains groupes d'experts comprennent des professionnels de la santé, d'autres institutions réunissent des compétences plus larges (représentants des autorités, des hôpitaux, des soins de santé primaires et d'autres stakeholders, industrie exclue).

Toutes les agences utilisent des **critères** tels que les possibilités d'amélioration de la situation existante, la faisabilité du guideline et l'émergence de nouvelles données probantes. Certaines agences élargissent à d'autres critères, comme l'absence de guideline existant, le nombre de patients concernés ou la gravité de la maladie.

4.1.3. Financement

Toutes les agences interrogées sont financées par l'État. Cependant, NHG est également soutenu par un financement privé non commercial.

4.1.4. Communication vers les utilisateurs finaux et les groupes professionnels

Presque toutes les agences interrogées emploient des **spécialistes de la communication** pour garantir la simplicité et la clarté des recommandations et l'emploi d'injonctions positives et convaincantes dans la rédaction des guidelines.

La plupart ont un personnel (ou font appel à une agence externe) pour la communication des guidelines vers les professionnels de la santé. La composition de ces équipes varie considérablement : NHG a une équipe de marketing et communication comprenant environ 25 personnes, NICE possède une équipe interne de 40 personnes pour la communication, le travail de terrain et le soutien à l'implémentation, avec une gamme de compétences en communication, médias, clinique et management. Chez SIGN, une seule personne est chargée de la dissémination.

Tous les répondants, sauf la HAS, basent leur communication sur un plan spécifique : SIGN applique un plan standard pour tous les guidelines, Duodecim et V&VN établissent un plan sur mesure pour chaque guideline. NICE a un plan de communication stratégique global et des plans de communication spécifiques pour certaines publications clés. Les différents plans de communication s'adressent aux organismes nationaux de santé, aux médias généraux et spécialisés, aux groupes de patients ainsi qu'aux services de santé locaux.

En ce qui concerne la communication avec les patients, toutes les agences ont du personnel spécifique en interne ou font appel à une agence externe.

4.1.5. Dissémination des guidelines

Les guidelines produits par les agences interrogées sont principalement disponibles dans les bases de données centralisées non commerciales (GIN ou *National Guideline Clearinghouse*).

Quatre agences (IKNL, NHG, NICE et SIGN) ont un spécialiste de la dissémination dans leur propre équipe. Ces agences collaborent également avec des partenaires internationaux.

Les canaux de diffusion/dissémination classiques sont le site web de l'organisation, l'envoi par courrier électronique, le matériel imprimé, les médias sociaux. NICE fait en outre appel à une équipe de terrain et organise des conférences.

4.1.6. Activités liées à l'implémentation

Certaines agences ont un spécialiste de l'implémentation des guidelines. Les stratégies utilisées sont diverses : IKNL établit un plan d'implémentation pour chaque guideline. NHG utilise du matériel éducatif, organise des conférences et prépare du contenu en ligne, y compris des vidéos. NICE peut compter sur une équipe de 8 consultants en implémentation et sur divers outils d'éducation et programmes d'études. Plusieurs agences impliquent les GDG dans la phase d'implémentation.



5. OBJECTIFS STRATÉGIQUES DU PLAN EBP BELGE

Les **objectifs stratégiques** du Plan EBP été formulés comme suit :

Le « Plan EBP fédéral » vise à améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficacité des soins de santé délivrés par les professionnels de soins belges en optimisant l'entièreté du processus d'*Evidence-Based Practice* (priorisation, développement, validation, dissémination, implémentation et évaluation) ainsi que la gouvernance de l'*Evidence-Based Practice* (EBP) au niveau fédéral. Le « Plan fédéral EBP belge » veut identifier, harmoniser, intégrer et valider les actions des diverses parties prenantes de l'*Evidence-Based Practice* et développer et mettre en place un plan global de gouvernance au niveau fédéral.

Sur la base des bonnes pratiques décrites à l'étranger, de l'analyse des besoins des utilisateurs finaux et de l'évaluation critique de la situation actuelle en Belgique, cela peut se traduire dans les **objectifs opérationnels** suivants :

- Concevoir un plan de gouvernance permettant d'aligner les processus et les politiques de développement, de dissémination et d'implémentation de produits EBP dans le cadre d'un Plan EBP global et prévoir un monitoring régulier du fonctionnement des différents partenaires ;
- Rationaliser le budget : utiliser plus efficacement les ressources publiques fédérales investies dans l'EBP en gardant le budget dans une enveloppe fermée ;
- Élargir les actions EBP à une approche multidisciplinaire impliquant, outre les médecins généralistes, les médecins de deuxième ligne et les autres professionnels de la santé : ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmières, sages-femmes, logopèdes,...;
- Miser sur l'implémentation à l'aide de différents outils :
 - evidence-linker : un système pull qui permet de consulter les guidelines validés (sur EBMPPracticeNet) à partir du dossier électronique du patient;
 - aides à la décision : système push comprenant des alertes et des rappels ;
 - dissémination des connaissances EBP via des stratégies reconnues efficaces et efficaces en matière de changement de comportement ;
- Inclure davantage l'EBP dans le socle de compétences de base des professionnels de la santé et dans les formations complémentaires ;
- Connecter l'EBP à toutes les applications d'e-learning pertinentes ;
- Homologuer un logiciel de codage pour lier les données du patient (contenues dans le DMI) aux recommandations EBP ;
- Faire d'EBMPPracticeNet un portail unique et central ;
- Évaluer les publications écrites actuellement produites ; évoluer vers une revue / publication / bulletin unique ;
- Mettre sur pied une évaluation de la politique EBP basée des processus d'évaluation et de feedback des partenaires et des utilisateurs finaux.
- Évaluer l'implémentation des produits EBP.



6. QUEL MODÈLE DE GOUVERNANCE POUR LE PLAN EBP BELGE ?

6.1. Modèles de gouvernance de réseaux

Un plan fédéral de l'envergure du Plan EBP, qui mobilise des acteurs et des réseaux déjà existants, doit nécessairement reposer sur un modèle de gouvernance solide et judicieusement choisi.

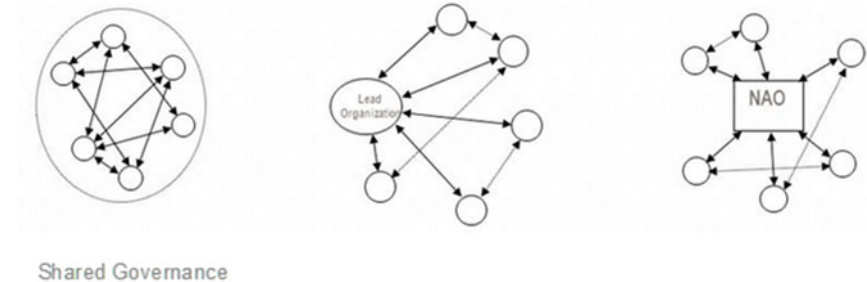
Une caractéristique essentielle de la gouvernance des réseaux constitués de plusieurs organisations est l'absence de contrôle hiérarchique sur les acteurs. Il existe trois grands modèles d'organisation de la gouvernance des réseaux : la gouvernance partagée (participative), les réseaux gouvernés par une organisation leader (*lead organisation*) et les réseaux avec organisation administrative indépendante (*network administrative organisation* – NAO) (Provan & Kenis 2008).

Dans la **gouvernance participative**, l'accent est mis sur le caractère collectif : tous les acteurs interagissent comme un tout collectif et prennent collégalement les décisions stratégiques et opérationnelles. Ceci requiert une communication formelle et informelle extensive entre tous les partenaires ;

Dans les réseaux gouvernés par une **organisation leader**, une des organisations établit les axes stratégiques et assume la gouvernance des autres partenaires ;

Dans les réseaux avec organisation administrative de type NAO, une organisation indépendante distincte des autres membres du réseau se charge des tâches de gouvernance du réseau. La NAO fonctionne comme un catalyseur pour le fonctionnement de l'ensemble du réseau.

Figure 4 – Les trois modèles de gouvernance de réseaux



Le niveau de confiance entre les partenaires du réseau, l'(a)symétrie de cette confiance, le nombre de partenaires du réseau, la clarté et le consensus autour des objectifs et le besoin de compétences au sein du réseau sont des éléments qui jouent un rôle déterminant dans le choix du mode de gouvernance approprié.

**Tableau 1 – Principaux facteurs prédictifs de l'efficacité des modèles de gouvernance**

Modèle de gouvernance	Degrés de confiance	Nombre de participants	Consensus sur les objectifs	Besoin de compétences au sein du réseau
Gouvernance participative	Degré élevé de confiance entre les partenaires	Faible	Élevé	Faible
Organisation leader	Degré de confiance modéré à bas entre les partenaires, mais élevé envers l'organisation leader	Moyen	Modérément bas	Modéré
Organisation administrative de type NAO	Degré modéré de confiance entre les partenaires	Moyen à élevé	Modérément élevé	Élevé

Source: Provan & Kenis 2008

Il est toutefois important de noter que les recherches sur les différents modèles de gouvernance de réseau montrent clairement que la création ou le renforcement d'un réseau n'entraîne généralement pas d'augmentation de l'efficacité dans un premier temps. La création d'un réseau doit avoir pour principale motivation que les buts poursuivis ne sont possibles qu'à travers la collaboration des différents partenaires.

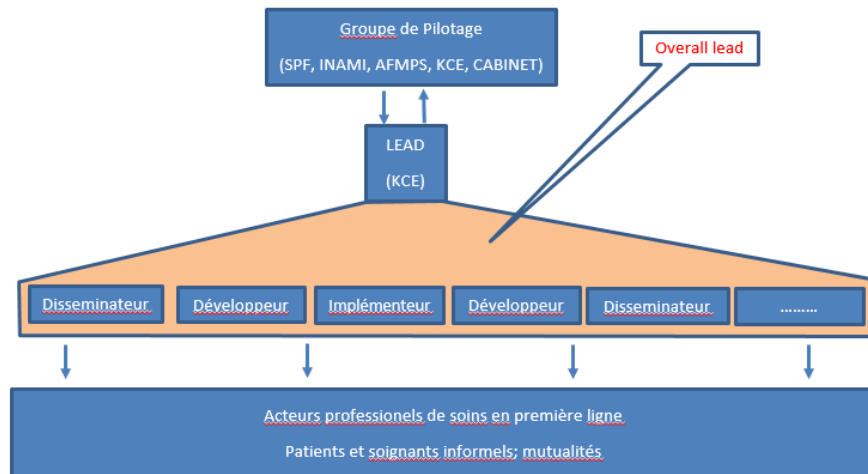
6.2. Phasage du modèle de gouvernance du Plan EBP

Une proposition de structure de gouvernance en deux phases a été développée par l'*Antwerp Management School* et le *Technopolis Group* sur la base de la note conceptuelle de la Ministre de la Santé publique. Ce modèle propose **de passer successivement par deux types de gouvernance : une organisation leader dans un premier temps, et ensuite une NAO.**



6.2.1. Phase 1: réseau avec organisation leader, première étape vers une nouvelle structure de gouvernance

Figure 5 – Démarrage : leadership KCE

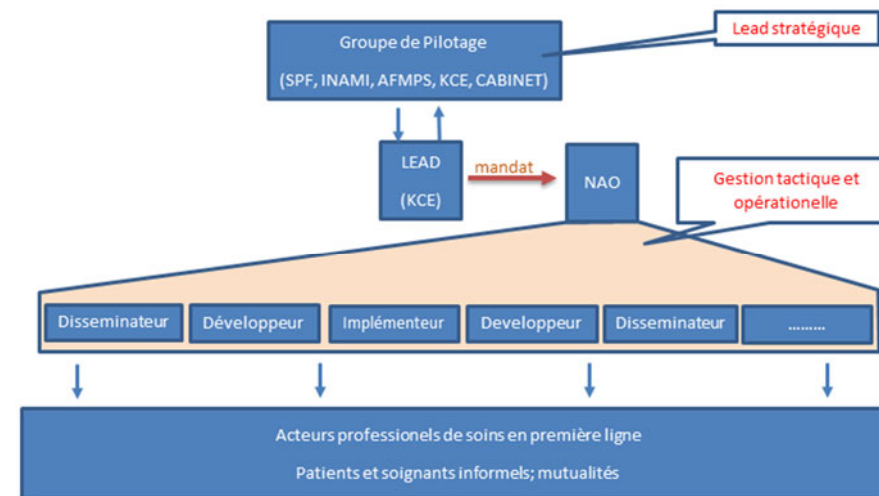


L'objectif de cette première phase est de renforcer et, si possible, de structurer les interrelations entre les organismes plus ou moins indépendants qui constituent aujourd'hui le réseau d'acteurs du futur Plan fédéral EBP. Il s'agit, en d'autres mots, d'une phase de transition pour planter le décor du Plan fédéral EBP.

Un **Groupe de pilotage central (steering group)**, composé de représentants des administrations de tutelle et du Cabinet, adoptera un **plan pluriannuel de déploiement de l'EBP en Belgique** et assumera la gouvernance globale, stratégique, du réseau dans sa phase de démarrage. Étant donné la présence, dans ce Groupe de pilotage, de représentants du SPF, de l'INAMI et de l'AFMPS, ce Groupe constitue une plateforme pertinente pour accorder les activités et initiatives de ces trois administrations.

Dans sa note conceptuelle, la Ministre a désigné le KCE pour prendre le **leadership opérationnel du réseau** comme "*primum inter pares*" et pour coordonner le déploiement du Plan EBP.

Figure 6 – Transition : transfert du lead à une NAO et installation d'un Comité consultatif de l'EBP



Durant cette première phase, le KCE, au nom du Groupe de pilotage fédéral, mettra sur pied une **NAO (Network Administrative Organisation)**, c'est-à-dire une organisation indépendante distincte. C'est cette NAO qui, une fois installée, prendra le relais et assumera la gestion opérationnelle du Plan fédéral EBP. Le Groupe de pilotage fédéral se concentrera alors uniquement sur la **planification stratégique**, les **responsabilités tactiques et opérationnelles étant transférées à la NAO**.



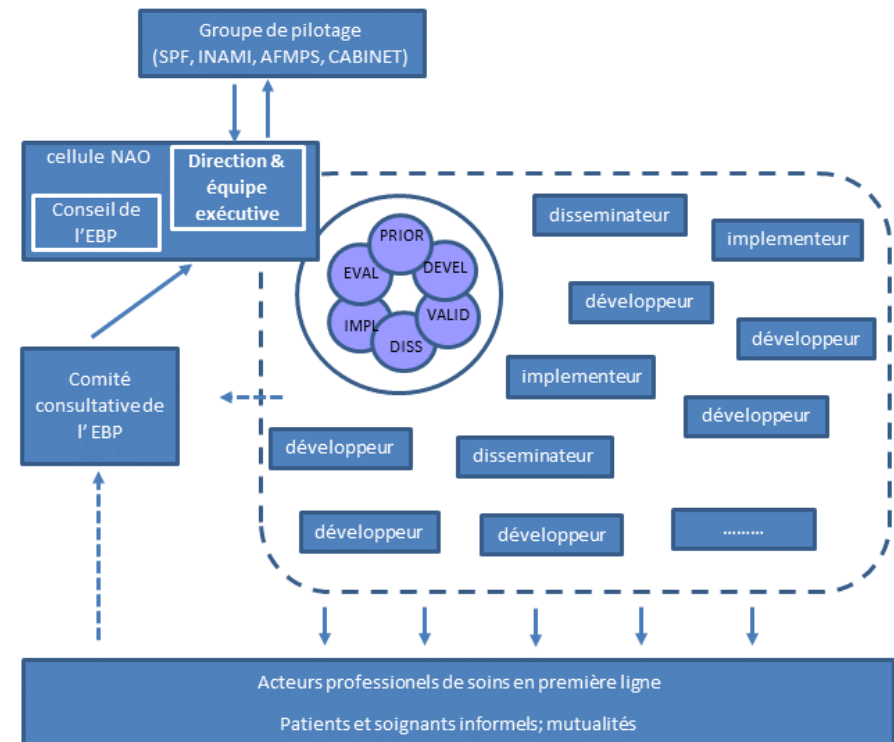
Cette NAO sera **indépendante** des acteurs exécutifs de l'EBP. Elle sera constituée d'une petite cellule regroupant des compétences éprouvées en matière de gestion de processus et de programmes et en matière de « gestion de réseaux ». Cette cellule sera placée **sous l'autorité du Groupe de pilotage fédéral**, mais aura de préférence une forme juridique indépendante (asbl, fondation ?), de nature à faciliter l'établissement d'un lien de confiance avec les partenaires du réseau.

Un « **Comité consultatif de l'EBP** » (*EBP Advisory Committee*) permettra à tous les partenaires du Plan EBP (utilisateurs, patients et mutualités inclus) d'interagir avec le Plan (rôle de *feedback loop*). Leurs réactions et commentaires seront directement adressés au Groupe de pilotage fédéral dans un premier temps, aux dirigeants de la NAO ensuite.

6.2.2. Phase 2 : gouvernance par la NAO

Une fois que la NAO sera tout à fait opérationnelle (planning prévu : mi 2018), le réseau avec organisation leader s'effacera et le KCE reprendra sa place parmi les autres partenaires du réseau. La NAO continuera le pilotage tactique et opérationnel du système (existant) de développement, de validation et de dissémination des guidelines, tout en **développant progressivement un cycle de vie complet**, comme décrit dans notre modèle (priorisation, développement, validation, dissémination, implémentation et évaluation) avec un accent particulier sur l'implémentation.

Figure 7 – Gouvernance par la NAO



Au sein de la direction de la NAO sera institué un **Conseil de l'EBP (EBP Board)**, composé d'un représentant de chaque plateforme opérationnelle du cycle de vie du guideline (voir plus loin), d'un représentant du Groupe de pilotage fédéral, d'un représentant des utilisateurs finaux, d'un représentant des patients et d'un représentant des mutualités. Ce Conseil de l'EBP devra être consulté pour toutes les questions thématiques importantes nécessitant une connaissance approfondie des méthodes (scientifiques) de l'EBP. En effet, il est important que les processus et les objectifs opérationnels et programmatiques ET scientifiques et méthodologiques soient toujours alignés.



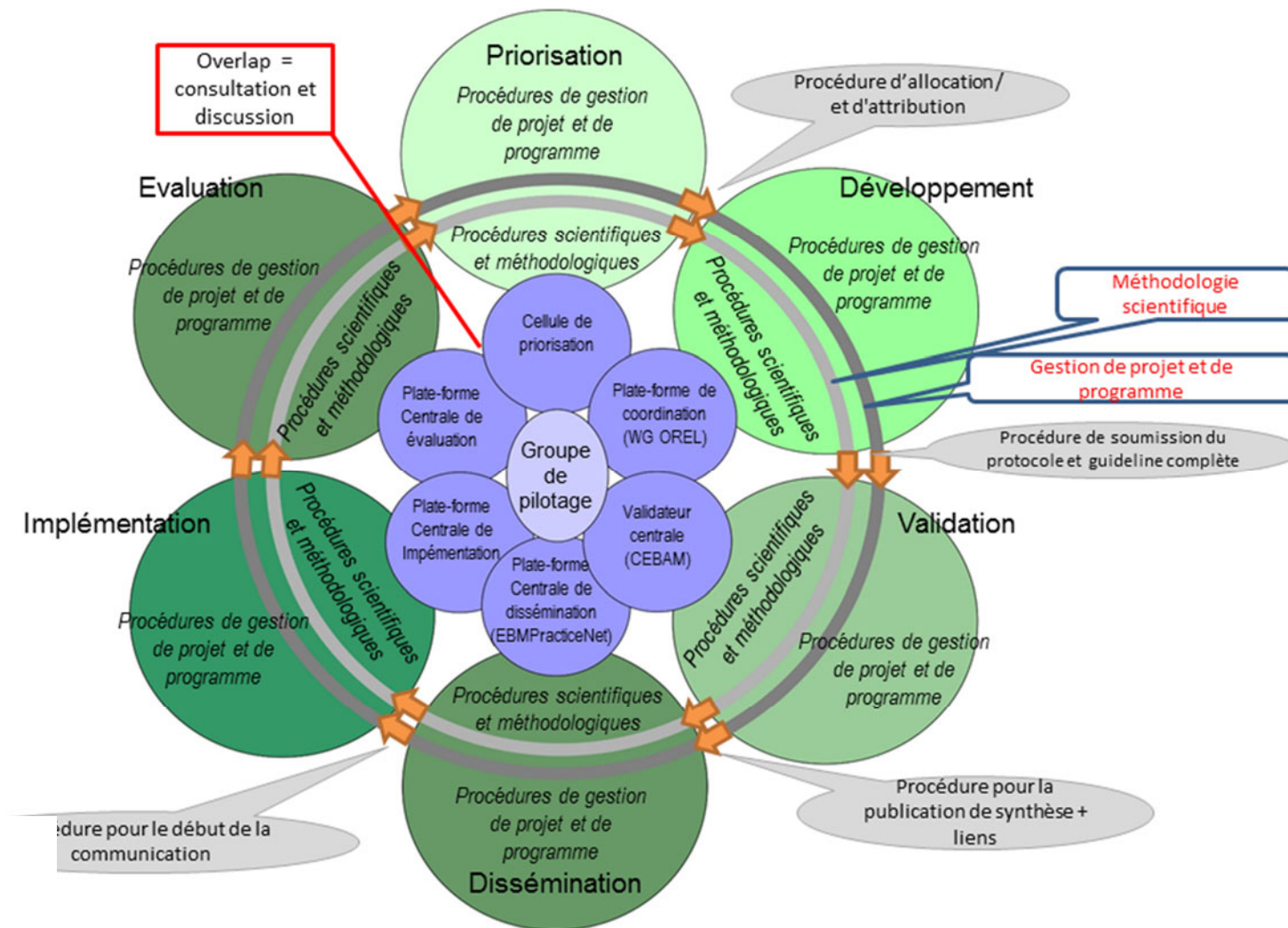
Le mandat de la NAO sera réajusté par le Groupe de pilotage fédéral, le cas échéant, tous les (deux ou trois) ans, en réaction aux suggestions des stakeholders et des comités d'experts des différentes étapes du cycle de vie. Des contacts formels trimestriels entre le Groupe de pilotage fédéral, le Conseil de l'EBP et les dirigeants de la NAO constitueront les jalons et les points de contrôle dans le cycle de planification stratégique annuel du Plan EBP.

6.3. Un modèle de gouvernance basé sur le « cycle de vie de l'EBP »

Dans cette section, nous décrivons le modèle de gouvernance organisationnelle en termes de procédures, de processus et de flux d'information. Le cycle de vie EBP a été utilisé comme point de départ de cette opérationnalisation. Ce modèle de cycle de vie se compose des 6 étapes consécutives déjà évoquées (priorisation, développement, validation, dissémination, implémentation et évaluation) ; ces 6 étapes sont interconnectées car le résultat d'une phase de cycle de vie est le point de départ de l'étape suivante. La transition d'une phase à la suivante devra être formalisée par des procédures (flèches orange).



Figure 8 – Modèle de gouvernance basé sur le cycle de vie de l'EBP





A chaque étape du cycle de vie, il faut gérer deux types de processus distincts : (1) les processus scientifiques (génération de « l'Evidence », validation) ou les méthodes et approches appropriées, efficaces et validées (priorisation, dissémination, implémentation, évaluation) et (2) les processus de gestion de projet et de programme.

La **gestion des processus scientifiques et des méthodes** sera confiée à six **cellules ou plateformes spécifiques** à chacune des étapes du cycle de vie, et dont les membres sont présumés être experts dans le domaine. Leur rôle sera de coordonner l'identification, l'élaboration, la tenue à jour des méthodes scientifiques et des procédures et outils appropriés et validés, propres aux activités respectives l'étape, et de veiller à la diffusion et à la mise en œuvre de ces méthodes et outils par les partenaires du réseau EBP. Selon le cas, on parlera de **plateforme**, s'il s'agit de rassembler et d'accorder sur le plan méthodologique les différents acteurs d'un domaine (p.ex. le groupe de travail « Réalisation de recommandations de première ligne »), ou de **cellule**, s'il s'agit d'un seul acteur assumant toute l'activité du domaine (p.ex. CEBAM pour la validation). Actuellement ce rôle est déjà plus ou moins assumé dans trois domaines :

- le rôle de plateforme de coordination du développement sera repris par le groupe de travail « Réalisation de recommandations de première ligne » ;
- le CEBAM assumera le rôle de cellule de validation ;
- et le rôle de plateforme centrale de dissémination pourrait, dans un premier temps, être repris par le conseil d'administration d'EBMPracticeNet.

Par contre, les cellules ou plateformes centrales de priorisation, d'implémentation et d'évaluation n'existent pas. Elles seront mises en place lors du déploiement du Plan en 2018.

Les **processus de gestion de projet** relèvent, pour leur part, de la responsabilité de la NAO en tant que responsable opérationnel. La figure 8 ci-dessus illustre bien la complémentarité de ces deux rôles tout au long du processus de développement d'un guideline ou d'un autre produit EBP : la **gestion de projet** (visualisée par le cercle gris foncé) implique l'initiation, la planification, l'exécution, le contrôle et la finalisation d'un travail spécifique

par une équipe endéans un délai défini, tandis que la tâche des **plateformes ou cellules** (cercle gris clair) sera de veiller à l'application d'une science et d'une méthodologie rigoureuses. Ces deux rôles sont donc complètement différents mais très complémentaires. Ensemble, ils permettront de garantir l'achèvement du travail, sans perte de qualité, dans les délais et le budget prévus.

Pour chacune des activités d'une plateforme ou cellule de cycle de vie, **une collection spécifique de méthodes et outils devra être élaborée et diffusée**. Cette collection sera approuvée/validée par le Conseil de l'EBP et mise à la disposition de tous sur le portail EBMPracticeNet avant le 01/07/2018. Les procédures seront basées sur des listes descriptives de processus et de points d'attention. Des groupes de travail seront mis en place au sein de chaque plateforme ou cellule pour effectuer ce travail. La recherche effectuée dans le cadre du présent rapport montre qu'un grand nombre de ces processus sont déjà disponibles et peuvent être utilisés.

Un défi important du modèle de plan EBP présenté ici est que **la collaboration entre les différentes plateformes et cellules, et les transitions entre les phases du cycle de vie puissent se dérouler de manière fluide et efficace**. Ceci implique que des procédures spécifiques soient développées pour coordonner la transition d'une phase de cycle de vie vers la suivante. Ces procédures seront supervisées et coordonnées par la NAO. Par exemple, il faut prévoir une procédure pour l'attribution d'un projet EBP (développement, dissémination ou implémentation) après le processus de priorisation. Cette collaboration/communication entre plateformes et cellules est également nécessaire pour éviter que des conflits ne surviennent pendant la transition de l'une à l'autre. Par exemple, les procédures de la plateforme de développement doivent être alignées avec celles de la cellule centrale de validation afin de prévenir les problèmes au moment de la validation (c'est-à-dire un rejet ou des objections majeures sur un guideline). Le Conseil de l'EBP pourra veiller à l'alignement de ces processus entre les différentes étapes.



7. OPÉRATIONNALISATION : D'UN PLAN EBP VERS UN PROGRAMME EBP

7.1. Principes directeurs et premiers jalons

7.1.1. Priorisation

- Les **propositions de sujets** à aborder par les activités du plan EBP proviendront fondamentalement de trois sources :
 - Les **autorités politiques et administratives** (réunies dans le Groupe de pilotage) feront bien entendu valoir leurs priorités, telles que formulées dans les déclarations de gouvernement, notes de politique générale, objectifs de santé, ... ou encore inspirées par le rapport sur la performance du système de santé, l'enquête de santé ou d'autres sources ou indicateurs pertinents disponibles à leur niveau ;
 - L'ensemble des **acteurs du réseau EBP** formuleront également une série de propositions de sujets et thèmes prioritaires sur la base de leur expertise et expérience du terrain ;
 - Enfin, via **appel à sujets**, les (organisations de) professionnels de santé, les centres académiques ainsi que toute autre organisation (notamment les organisations de patients) ou individu pourront également introduire des propositions de sujets.
- La question de savoir **qui sélectionnera les propositions de sujets et thématiques** qui seront ensuite développées dans le cadre du Plan EBP n'est pas encore tranchée. Dans le cadre de la réforme de la législation sur les professions de santé – l'ancien arrêté royal 78 – un Conseil pour la qualité de la pratique des soins de santé constitué de deux chambres (Chambre d'Avis et Chambre de Surveillance^b) devrait être institué. La Chambre d'Avis aurait pour principale tâche de délivrer des avis dans toutes les matières relatives aux soins de santé et notamment à leur qualité ; dans cette optique, elle pourrait donc hériter de la définition des priorités et de la sélection des sujets du Plan EBP.
- En ce qui concerne la 1^{re} ligne, c'est actuellement le Conseil national de Promotion de la Qualité (CNPQ) au sein de l'INAMI qui opère les choix finaux parmi les sujets proposés par le groupe de travail « Réalisation de recommandations de première ligne ». Cette procédure devra être réévaluée et redéfinie dans le cadre du Plan EBP.
- En attendant que cette question soit clarifiée, le **Groupe de pilotage** pourrait coordonner l'étape de priorisation.
- Les **procédures d'appel à sujets et de sélection/priorisation** devront être développées sous la coordination de la NAO ; la sélection/priorisation sera basée sur un ensemble de **critères**, qui seront développés par un groupe de travail interadministratif.
- Pour le **travail de lecture et le classement des propositions reçues**, la NAO pourra se faire assister par un groupe de travail temporaire *ad hoc*, constitué de collaborateurs issus des partenaires publics et autres du réseau EBP. À ce stade, la question de la création d'une plateforme ou d'une cellule de priorisation spécifique à côté de la NAO est encore incertaine, étant donné que la coordination de cette étape devrait idéalement se faire conjointement avec d'autres organes administratifs chargés de missions similaires (p.ex. CNPQ).
- Cette étape devra également prévoir une procédure permanente de surveillance et de maintien à jour des guidelines existants.
- Une fois les thèmes et sujets définis, un **second appel** sera lancé pour récolter les propositions de réalisation des différents **produits et actions à développer** (en tenant compte de l'ensemble du cycle de vie EBP). Cet appel s'adressera **aux acteurs EBP détenant une expertise en développement, dissémination ou implémentation**. Le degré d'implémentation des guidelines reste faible dans notre pays

^b <http://ar78.be/concepts/conseil%20pour%20la%20qualit%C3%A9%20de%20la%20pratique%20des%20soins%20de%20sant%C3%A9.html>



malgré des investissements importants déjà consentis, et, dans sa note conceptuelle, la Ministre a émis le souhait d'optimiser cette phase en particulier. Par conséquent, une attention particulière et une part significative des ressources du Plan fédéral EBP y seront donc consacrées dans les prochaines années.

- L'articulation entre les phases de priorisation et de développement / dissémination / implémentation et les modalités du second appel doivent encore être affinés par un groupe de travail.

7.1.2. Développement

- La création d'un set de guidelines belges qui ne tiendrait pas compte des productions étrangères de qualité, ne serait pas une approche efficiente et ne correspondait pas aux bonnes pratiques (car les politiques modernes d'EBP favorisent les collaborations internationales). Ceci d'autant plus que le maintien à jour des guidelines constituera aussi une charge de travail croissante. Par conséquent, **l'approche à privilégier** pour le processus de développement de guidelines **sera l'adoption et/ou l'adaptation de guidelines étrangers de qualité**. Chaque projet de développement de guideline devra donc être précédé d'un scanning des guidelines internationaux à la recherche de produits comparables de haute qualité. Ce n'est que lorsque les développeurs auront effectué cette vérification qu'ils seront autorisés à entamer le développement d'un guideline *de novo*.
- Tout développement de guideline (adoption, adaptation ou *de novo*) sera précédé de la **rédaction et de la soumission d'un protocole de développement** précisant le plan de travail, les échéances, la composition des groupes GDG, etc. Ce protocole devra être approuvé par le CEBAM avant que le développement ne puisse commencer. La validation de ce protocole sera une condition préalable au financement du projet.
- Pour ce qui est du développement de matériel EBP destiné à la première ligne, le groupe de travail « Réalisation de recommandations de première ligne » est confirmé comme **la plate-forme chargée de veiller à la qualité des produits développés** (méthodologie scientifique, processus et outils validés, ...)

7.1.3. Validation

- Chaque fois que ce sera pertinent, le processus de **validation** par le CEBAM sera **élargi aux dérivés des guidelines et autres produits EBP** (qui ne correspondent pas à la validation standard des guidelines). Certains processus de validation de produits dérivés pourraient éventuellement être sous-traités à d'autres acteurs. Les processus d'accréditation (les exigences sous-jacentes) des développeurs de ce type de produits devront également être reconsidérés.
- Une condition préalable à la validation sera la présentation d'un **résumé des recommandations dans un format prédéfini**, pouvant être utilisé par EBMPPracticeNet (voir ci-après).

7.1.4. Diffusion et dissémination

- EBMPPracticeNet devra être confirmé et renforcé comme canal central de dissémination de l'EBP en Belgique. À cette fin, il y aura lieu de clairement repréciser sa mission. Le site web www.ebmpracticenet.be est appelé à devenir le portail de référence utilisé pour la diffusion de tous les contenus EBP disponibles et validés vers tous les professionnels de la santé belges ainsi que vers les patients et leurs proches. Pour chaque guideline, un résumé sera publié sur ce portail, ainsi que des liens vers toutes les sources d'information pertinentes y afférents (par exemple, guidelines complets, brochures pour les patients, arbres décisionnels, informations pharmacologiques ...). La publication de tous les produits EBP financés par les ressources du plan EBP sera obligatoire. Chaque partenaire EBP restera libre de les publier également sur ses propres sites ou sur d'autres, mais ces activités de diffusion ne seront pas financées par le plan EBP.
- D'autre part, le site web www.ebmpracticenet.be sera également couplé aux dossiers médicaux (DMG) des patients via un système électronique d'aide à la décision (*Electronic Clinical Decision Support System*) et un *Evidence Linker* (voir plus haut).
- Enfin, le site d'EBMPPracticeNet offrira également un accès gratuit à toutes les procédures disponibles et aux manuels méthodologiques développés et utilisés dans le cadre du Plan EBP belge.



- Il existe actuellement de nombreuses autres initiatives de diffusion et de dissémination à côté du portail central d'EBMPracticeNet. Il a déjà été décidé d'en maintenir un certain nombre : le CBIP, le BAPCOC et BELMIP. De ce fait, ils ne sont pas concernés par les remaniements actuels dans le cadre du Plan EBP.
- Il existe également des initiatives de formation continue, e-learning, brochures, journaux,... qui participent de près ou de loin à la dissémination de l'EBP. Mais le canal de dissémination le plus actif est probablement le système de GLEM (qui ne fonctionne actuellement que pour les médecins). Il serait utile d'établir à relativement court terme un groupe de travail placé sous la supervision du Comité de pilotage, pourrait explorer de quelle manière les étapes de dissémination du Plan EBP pourraient s'appuyer sur le fonctionnement des GLEM, dans le contexte actuel de réforme de l'accréditation.
- La *Common Digital Library of Health* (CDLH) restera un partenaire clé pour tout ce qui concerne l'accès gratuit aux bases de données *evidence-based* internationales.
- Le rôle de plateforme méthodologique et scientifique de coordination de la dissémination pourrait éventuellement être repris, dans un premier temps, par le Conseil d'Administration actuel d'EBMPracticeNet, dont la composition est très large. À plus long terme, il faudra se poser la question de la création d'une nouvelle plateforme spécifique, dont la composition serait adaptée, afin de tirer le meilleur parti de cette fonction de coordination.

7.1.5. Implémentation

- Dans le cycle de vie de l'EBP, l'implémentation ne représente pas tant une étape supplémentaire dans la production, mais plutôt une « couche » supplémentaire qui doit recouvrir les produits développés en vue de leur dissémination. En ce sens, il est peut-être plus logique que le Plan EBP se préoccupe du **degré d'implémentabilité** des produits développés, plutôt que de leur implémentation-même, car celle-ci doit se jouer au niveau des publics cibles du Plan et non de ses acteurs. Il s'agit essentiellement de mettre en place certaines techniques de communication et de techniques qui peuvent contribuer à l'obtention des résultats recherchés en termes d'attitudes, de connaissances et de comportements (marketing social).
- Idéalement, pour chaque activité déployée dans le cadre du Plan EBP, une mesure de l'implémentation devrait systématiquement être mise en place ; Concrètement, cela signifie qu'il faut s'assurer de pouvoir bénéficier, tant dans la phase de développement que lors de la préparation de la dissémination, de l'expertise nécessaire pour que l'intervention obtienne un impact maximal. Ceci comprend notamment une analyse critique de l'implémentabilité^c du projet, ainsi que des incitants financiers existants qui pourraient constituer un obstacle à une éventuelle implémentation de l'EBP.
- Il faut bien admettre qu'actuellement, le *know how* nécessaire à la dissémination fait quasi totalement défaut dans notre système de santé, à l'exception des activités de lobby et de marketing de l'industrie médico-pharmaceutique et que les initiatives d'EBP existantes font rarement appel à de telles expertises (externes). Une des actions prioritaires au sein du Plan EBP devrait donc être de constituer une **cellule d'expertise en implémentation**. À ce stade de notre étude, il n'est pas possible d'être plus précis sur cet aspect, mais ce sera le cas dans la seconde partie de ce travail.

^c Critères Guide-M (www.guide-m.ca)



- C'est la mesure de la **compliance globale d'un groupe-cible** qui permet d'évaluer l'impact d'une intervention EBP (voir point suivant). Le Plan EBP doit d'abord viser à relever la motivation intrinsèque des prestataires, avant de recourir à des incitants positifs (motivation extrinsèque) puis seulement, en dernier recours, utiliser une approche « correctrice » combinée à des conséquences négatives pour les *outliers*. Dans la conception du Plan EBP, nous avons surtout mis l'accent sur les **approches positives** ; la recherche de la bonne articulation avec l'approche « contrôlante » relève assurément des tâches que le Groupe de pilotage devra aborder sans tarder.

7.1.6. Évaluation

- L'objectif ultime du plan EBP est d'opérer un changement dans les pratiques des professionnels dans le sens d'un meilleur respect des enseignements de l'EBP. Logiquement, chaque action soutenue dans le cadre de ce plan devrait également formuler les **objectifs spécifiques à atteindre**. Selon les cas, ces objectifs seront formulés en termes de structure (p.ex. en 2019, au moins 85% des médecins sont équipés d'un système informatique permettant de consulter en temps réel des informations EBP contextualisés durant leurs consultations), en termes de processus (p.ex. au moins 80% des infirmiers sont au courant de l'existence du guideline X), ou en termes de résultats (ex. : d'ici 2019, le taux de prescription d'antibiotiques doit être inférieur à XX%, et le recours à des molécules à spectre YY doit être inférieur à ZZ%).
- À souligner, encore une fois, que le « résultat » d'une telle évaluation se formule en termes de comportement d'un groupe cible. C'est donc **l'impact de l'intervention EBP qui est évalué**, et non le (bon ou mauvais) comportement du praticien individuel, même si l'évaluation des activités EBP passe éventuellement par une collecte de données sur les comportements individuels d'un échantillon de praticiens.
- À ce stade de la recherche, la question de la nécessité de créer une cellule/plateforme de coordination spécifique pour cette étape n'a pas été analysée. Cette tâche pourrait en effet aussi être assumée par la

NAO. Cette question sera explorée dans la seconde partie de ce rapport.

7.1.7. Boucler la boucle

- La mise en place du Plan EBP exige une série d'actions uniques : l'élaboration d'une structure de gouvernance, le développement de procédures, la définition et l'attribution des rôles et fonctions, etc. Une fois que tous ces points seront réglés et que la priorisation, puis les autres étapes subséquentes, auront commencé à fonctionner, on ne parlera plus d'un Plan EBP mais bien d'un Programme EBP, car il aura vocation à courir pendant une durée indéterminée.
- La gouvernance du Programme EBP reposera, comme déjà décrit, sur une NAO. Une question importante est celle de la localisation et de la structure juridique de cette NAO. Sur le plan de l'efficacité, une localisation au sein des administrations de santé est certainement une piste à envisager car elle faciliterait la nécessaire coordination transversale entre ces administrations. Cependant, cet atout ne contrebalance peut-être pas certains avantages fondamentaux d'une NAO en tant que structure indépendante. Le premier de ces avantages est le niveau de confiance entre partenaires, qui est, comme on l'a vu, un facteur critique de succès pour installer un leadership accepté par tous. Pour un réseau d'acteurs quasi exclusivement non-gouvernementaux, placer la gouvernance entre les mains de l'administration est de nature à diminuer considérablement ce niveau de confiance. Une structure indépendante offre également plus de souplesse qu'une structure administrative lourdement hiérarchisée pour attirer de nouveaux profils et mettre en place une approche résolument innovante de l'implémentation. Les éventuels coûts supplémentaires (d'ailleurs assez limités) liés à la mise en place d'une NAO seront le prix à payer pour ne pas hypothéquer dès le départ les chances de succès du Plan. Bien entendu, il faudra examiner attentivement la question de la forme juridique la plus appropriée (asbl, association de fait, fondation, ...) pour exercer un tel rôle à moyen et long terme.



- Bien que le Plan EBP se concentre principalement, dans un premier temps, sur les initiatives EBP fédérales concernant la 1^{re} ligne de soins, il faudra rapidement élargir sa portée à la médecine spécialisée et à un plus large éventail de professions de santé.
- Il faudra également identifier d'éventuels doubles emplois avec des initiatives au niveau des entités fédérées, auquel cas il faudra alors oser poser la question du niveau de compétence le plus adéquat pour la gouvernance de certaines initiatives.

7.2. Financement

7.2.1. Vers un financement plus structuré et mieux coordonné

- Le budget global attribué par les autorités fédérales (INAMI, SPF et AFMPS) aux projets EBP atteignait en 2015 le montant de € 8 172 000, et en 2016, de € 8 126 000^d (pour la 1^{re} ligne), mais les subsides sont tellement fragmentés qu'il est difficile d'en avoir une vision complète. À côté de cela, il existe encore d'autres initiatives financées par les autorités – y compris au niveau des entités fédérées – qui contribuent directement ou indirectement au soutien de l'EBP.
- L'un des objectifs du Plan EBP, tel que mentionné dans la note conceptuelle de la Ministre, est d'apporter davantage de cohérence et de transparence dans les ressources (fédérales) consacrées à l'EBP : « pour augmenter l'impact sur la qualité des soins, l'évaluation critique des mécanismes actuels de financement sera continuée en 2016^e afin d'atteindre une meilleure structuration et une meilleure concertation ». Mais on lit aussi dans cette même note : « arriver à une rationalisation et une meilleure efficience à l'intérieur d'un budget fermé, en l'élargissant aux autres disciplines professionnelles ».

- La note conceptuelle prévoit également que : « La totalité du budget sera gérée par le KCE, à l'exception du pilier des soins pharmaceutiques, qui est géré par l'AFMPS. » En pratique ceci peut être réalisé soit en transférant des moyens financiers vers le KCE (et vers la NAO lors de la 2^{de} phase), soit en concluant des contrats comme cela se fait actuellement (au Comité de l'assurance de l'INAMI et dans les instances compétentes au sein du SPF Santé publique). On peut aussi considérer la possibilité d'effectuer un transfert de moyens financiers vers une administration de santé. Les contrats conclus par l'administration avec les partenaires EBP auront d'abord été approuvés par le Groupe de Pilotage.
- L'information indépendante sur les médicaments est un pilier important de l'EBP. Actuellement, le contrôle de cette information est partagé entre l'AFMPS (CBIP et Farmaka) et le SPF (BAPCOC). La proposition de la note conceptuelle est de réunir ces forces en un seul organisme et de confier l'entière gestion de ce budget à l'AFMPS. Ce budget peut cependant être limité au bénéfice de nouvelles initiatives politiques. Le fonctionnement actuel de Farmaka sera évalué et réorienté là où c'est nécessaire.
- Étant donné que le travail du CBIP, unanimement respecté et apprécié, est difficile à intégrer dans le cycle de l'EBP et qu'il ne doit pas être déstabilisé, la note conceptuelle prévoit qu'il reste sous la direction de l'AFMPS. D'autres formes de soins pharmaceutiques pourront être repris dans le cycle de l'EBP.

^d Avec une tendance à la baisse : en effet, le chiffre pour 2017 semble être de 10% inférieur à ceux des années précédentes. Une évolution à surveiller.

^e Depuis lors étendue à 2017.



7.2.2. De nouveaux accents...mais à l'intérieur d'un budget fermé

- La figure 9 montre la répartition actuelle des moyens alloués par le fédéral aux différents partenaires et aux différentes phases du cycle de l'EBP. L'image n'est sans doute pas correcte à 100% étant donné que, pour certains de ces partenaires, la ventilation entre le financement du développement et celui de la dissémination n'est pas très claire. Mais ce qui frappe surtout, c'est qu'aucun financement spécifique n'est accordé à trois des six étapes du cycle. Pour les phases de priorisation et d'évaluation, certaines des synergies peuvent éventuellement être créées avec des organes existants, mais l'absence de soutien spécifique aux techniques de communications propres aux interventions d'implémentation est une lacune manifeste, puisque les autorités ont expressément souligné que cette étape devait être renforcée.
- De plus, si l'on souhaite apporter davantage de cohérence à l'ensemble, il faudra aussi investir l'énergie et les moyens nécessaires pour relier l'archipel actuel d'initiatives existantes en un réseau efficace et efficient, qui contribuera réellement à l'amélioration de soins pour les patients.
- Les conséquences inévitables des développements esquissés ci-dessus sont que l'espace à ouvrir pour de nouvelles initiatives se fera au détriment d'initiatives existantes, à moins que l'on ne trouve des solutions permettant aux acteurs actuels de remettre leur *core business* en question et de se diversifier en fonction des nouveaux besoins. Il faudra de toutes façons faire de la place pour des compétences nouvelles mais très nécessaires. La figure 10 illustre schématiquement la tâche qui nous attend.



Figure 9 – Area chart de la distribution du financement fédéral des activités EBP (chiffres 2016)

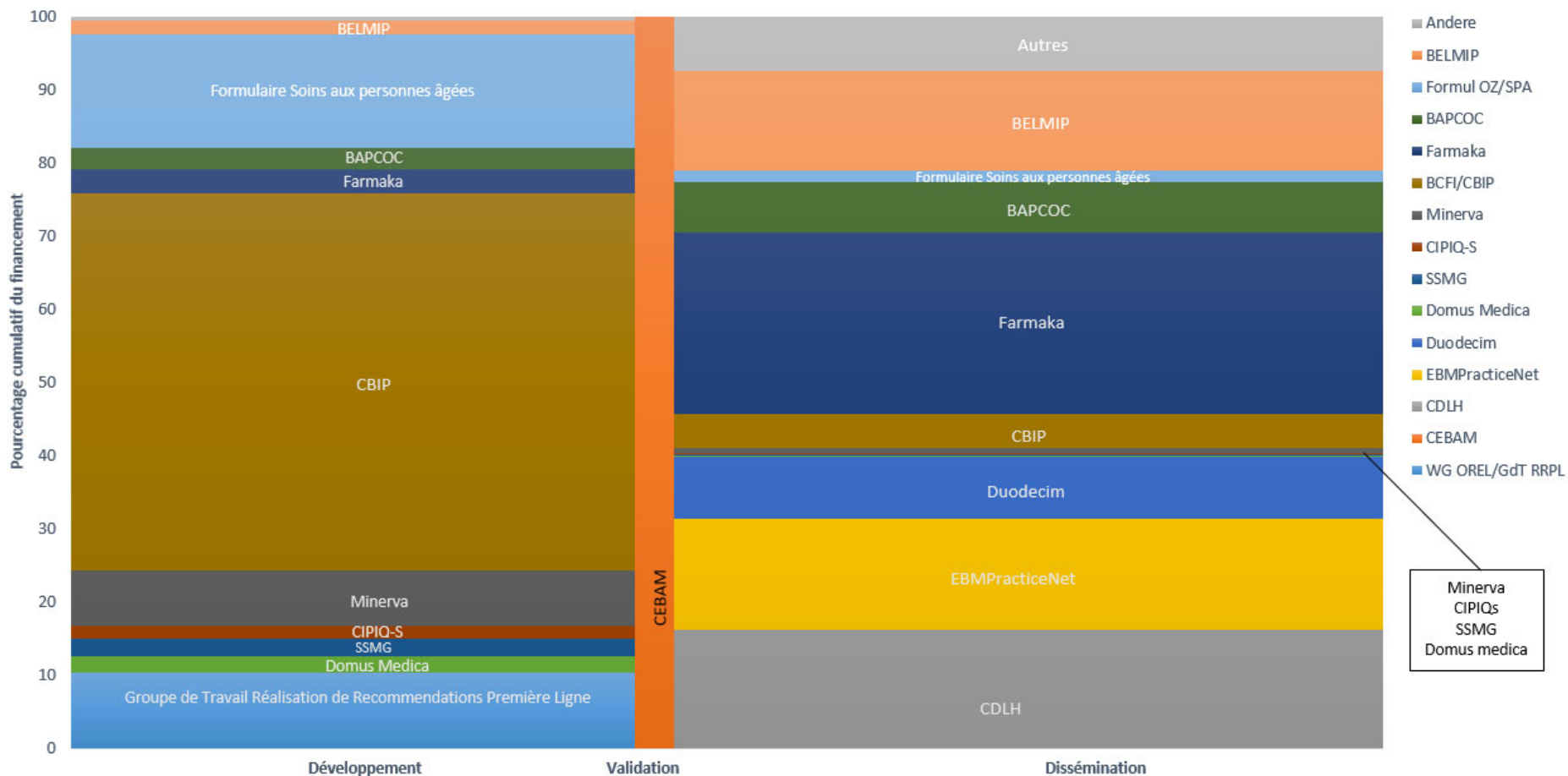
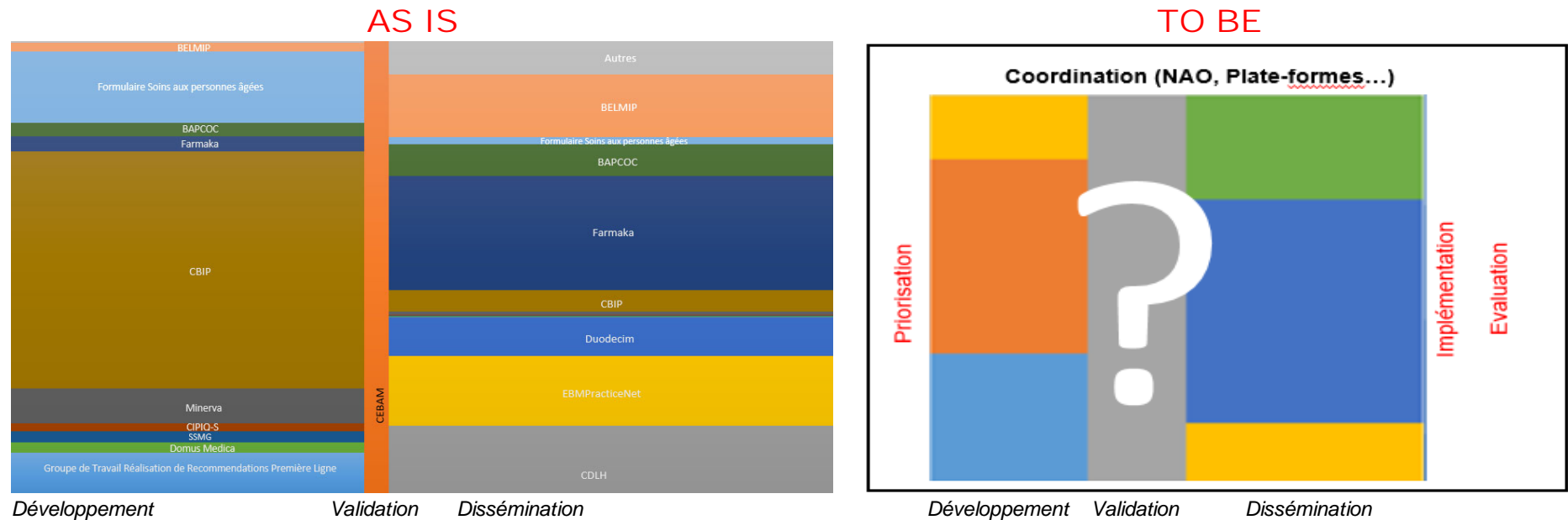




Figure 10 – Visualisation des situations “as is” et “to be” pour le financement fédéral des activités EBP en Belgique



- Afin d'introduire la cohérence souhaitée dans le réseau, et d'augmenter l'efficacité et l'impact de l'EBP, il sera également indispensable d'investir des moyens supplémentaires dans la gouvernance du réseau EBP. Les coûts les plus importants seront ceux liés au fonctionnement de la NAO, actuellement estimés à 3 ou 4 ETP.
- Un réseau ne peut fonctionner que grâce à la participation active de ses membres. Nous plaçons donc également pour que l'on prévoie un soutien adéquat, même s'il est limité, à la participation aux structures de gestion et de gouvernance, aux groupes de travail et aux autres activités qui permettent à l'ensemble du réseau de fonctionner comme un tout. Ceci est essentiel aussi pour s'assurer la participation de plus « petits » partenaires qui disposent généralement de peu (ou pas) de moyens, et de rendre par-là possible l'essentielle multidisciplinarité.
- Parmi les autres initiatives indispensables à mettre sur pied, la plateforme d'expertise pour l'implémentation est de loin la plus importante. Elle sera analysée plus en détail dans la seconde partie de ce rapport.



7.2.3. Financement de tâches versus financement de projets

- Dans la mise en oeuvre du Plan EBP, on peut distinguer les activités plus ou moins permanentes et celles liées à des projets spécifiques, avec un début et une fin.
- Les activités permanentes comprennent les tâches de coordination effectuées par les plateformes et cellules spécifiques de chaque phase du cycle, et bien sûr le fonctionnement de la NAO, mais aussi des tâches plus exécutives d'alimentation et de maintenance des bases de données, sites web, collections de guidelines, aides à la décision et systèmes d'evidence-linker, ainsi que la validation des produits EBP. Dans l'attribution et le financement de ces tâches, il s'agira de trouver le juste équilibre entre d'une part construire une expertise solide et assurer la stabilité nécessaire et, d'autre part, maintenir une ouverture suffisante pour l'innovation et l'inclusion de nouveaux partenaires au sein du réseau.
- Nous plaillons donc pour que certains partenaires-clés reconnus, qui remplissent correctement leurs missions, se voient confirmés dans leurs rôles et assurés de la perspective d'une subvention stable pluriannuelle. Bien entendu, des évaluations de leur travail devront avoir lieu en temps opportuns, et les subventions seront éventuellement ajustées ou, le cas échéant, les tâches réattribuées à d'autres après appel à candidatures.
- L'expertise relative à l'implémentation est quant à elle une mission inédite, qui nécessitera un financement substantiel.
- Les tâches qui devront être effectuées pour chaque projet individuel, comme la validation ou la délivrance d'avis au sujet de l'implémentation, pourraient éventuellement faire l'objet de rémunérations à la prestation en plus d'un financement de base. Dans le cas contraire, des prestations adéquates devront être garanties via des Service Level Agreements clairement définis.
- En ce qui concerne les projets c'est-à-dire les actions sélectionnées lors de l'étape de priorisation, avec des objectifs, des livrables, des échéances et des paramètres d'évaluation bien définis, le financement se fera idéalement via des appels à projets sur la base de cahiers de charges détaillés (voir 7.1.1).
 - Les appels à projets seront formulés en termes d'objectifs à atteindre et couvriront de préférence l'entièreté du cycle d'un guideline, ou se focaliseront sur les maillons manquants d'un cycle ;
 - La soumission pourra être faite par un consortium, ou par des acteurs individuels, pour l'entièreté ou un des lots de l'appel d'offres ;
 - La validation sera en principe effectuée par le CEBAM et pourra donc rester en dehors de l'appel à projets ;
 - Dans le cas où les objectifs poursuivis permettent (aussi) des économies, il pourrait être envisagé qu'une partie de ces économies puissent être réinjectée dans de futures activités EBP ; cette piste de réflexion doit encore être creusée.
- Chaque décision de financement d'une activité EBP par les administrations fédérales des soins de santé devra recevoir l'accord du Groupe de pilotage, qui veillera à la cohérence de l'ensemble du Programme EBP.
- Deux points devront être tirés au clair rapidement afin de ne pas laisser les partenaires trop longtemps dans l'incertitude :
 - Étant donné que l'on souhaite développer de nouvelles initiatives à l'intérieur d'un budget fermé, il faudra modifier l'allocation de certains budgets. Il faudra pour cela déterminer si le financement des différents acteurs doit être prolongé et si oui, dans quelle mesure.
 - L'impact de cette réallocation sur les acteurs du paysage EBP devra être évalué afin de s'assurer que les chances de succès du Plan ne soient pas compromises.
- Il sera évidemment nécessaire de veiller à la cohérence entre ce Plan EBP et d'autres initiatives telles que la réforme du système d'accréditation, les « mesures soins efficaces » du Plan d'Action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017 et la réforme de la loi sur la pratique des professions de soins de santé.



COLOPHON

Titre :	Vers un plan intégré d'evidence - based practice en Belgique – Première partie : plan de gouvernance – Synthèse
Auteurs :	Jef Adriaenssens (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Raf Mertens (KCE), Nadia Benahmed (KCE), Dominique Paulus (KCE), Filip Ameye (RIZIV – INAMI), Marc Bossens (RIZIV – INAMI), Carl Cauwenbergh (RIZIV – INAMI), Annelies Cools (Kabinet Minister sociale zaken en volksgezondheid), Kurt Doms (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Erik Everaert (FAGG – AFMPS), Machteld Gheysen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Margareta Haelterman (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Marleen Laloup (FAGG – AFMPS), Hugues Malonne (AFMPS – FAGG), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV), Wim Penninckx (FAGG – AFMPS), Thierry Roisin (AFMPS – FAGG), Mieke Walraevens (Kabinet Minister sociale zaken en volksgezondheid)
Coordinateur de projet :	Marijke Eyssen (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Karin Rondia (KCE); Gudrun Briat (KCE)
Experts externes / stakeholders:	Bert Aertgeerts (KULeuven), Ronny Boey (VVL), Emmy De Buck (Rode Kruis), Thierry Christiaens (BCFI – CBIP), Sam Cordyn (CIPIQ-S), Leen De Coninck (Ondersteunings- en Kenniscentrum Ergotherapie (OKE)), Nicolas Delvaux (Domus Medica), Ri De Ridder (RIZIV – INAMI), Fons De Schutter (WVVK), An De Sutter (BAPCOC), Benjamin Fauquert (EBMPracticeNet), Jessica Fraeyman (Pallialine), Siegfried Geens (CDLH), Régine Goemaes (VBOV), Didier Martens (Farmaka), Tom Poelman (Minerva), Peter Pype (Pallialine), Roy Remmen (Minerva), Pierre Seeuws (Ondersteunings- en Kenniscentrum Ergotherapie (OKE)), Thierry Van der Schueren (SSMG), Thérèse Van Durme (UCL), Michel Vanhalewyn (SSMG), Patrick Van Krunckelsven (CEBAM), Paul Van Royen (Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn WG OREL), Mieke Vermandere (EBMPracticeNet), Sonja Vertriest (Kabinet Minister sociale zaken en volksgezondheid tot 31/12/2016), Lieven Zwanepoel (APB)
Remerciements :	<p>Nous remercions Bernard Burnand (Cochrane Switzerland), Pierre Durieux (Cochrane France), Michel Laurence (HAS France), Jan-Maarten Van den Berg (IGZ Nederland), et Koen Van den Bossche (Thomas More Hogeschool) pour leurs conseils et soutien.</p> <p>Nous remercions les co-auteurs de l'étude scientifique sur laquelle cette synthèse est basée: Bart Cambré (Antwerp Management School), Ben Kokkeler (Technopolis Group), Apolline Terrier (Technopolis Group), Bob Van der Kamp (Lex Sigma Healthcare), Koen Vriesacker (Antwerp Management School).</p>
Intérêts déclarés :	Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Thierry Christiaens (BCFI – CBIP, subsidié par FAGG – AFMPS), Sam Cordyn (CIPIQ-S), Alfons De Schutter (PQK asbl, groupe de travail ELR), Patrik Vankrunkelsven (CEBAM), Mieke Vermandere (EBMPracticeNet asbl, KU Leuven), Thierry Van Der Schueren (SSMG), Roy Remmen (Président Minerva), Bert Aertgeerts (Président CEBAM, Président CDLH), Jef Adriaenssens (CEBAM, Conseil d'administration et Réunion Générale EBMPracticeNet asbl, Réunion Générale Minerva)



Propriétaire de parts de capital, d'options, d'actions ou d'autres instruments financiers : Bob Van der Kamp (Werk Mij Maatschap)

Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Thierry Van Der Schueren (Honoraire pour la réalisation d'un travail scientifique dans le code ou la prévention (fonds régie Walonniè)), Roy Remmen (Rapports KCE - Dissemination, KCE rapport 212), Bob Van der Kamp (Régulier, revue professionnelle)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Thierry Christiaens (Département de la pharmacologie clinique, Université de Gand), Thérèse Van Durme (Projet Gudelmans 'd' 2009 – 2010)

Bourse, honoraire ou fonds pour un membre du personnel ou toute autre forme de compensation pour la conduite de la recherche visée au point précédent : Roy Remmen

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Mieke Vermandere (EBMPracticeNet asbl), Roy Remmen (Minerva), Jef Adriaenssens (Platform Wetenschap en Praktijk asbl)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Koen Vriesacker (Sous-traitant Technopolis Group), Thierry Van Der Schueren (Congrès payés par la SSMG), Bert Aertgeerts (Inspirateur EBMPracticeNet, pas d'intérêt financier)

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 : Siegfried Geens (Coordinateur CDLH asbl), Mieke Vermandere (Coordinateur EBMPracticeNet), Thierry Van Der Schueren (Secrétaire général SSMG, Roy Remmen (Cfr. Minerva), Bob Van der Kamp (Superviseur fondation 1ère ligne de l'organisation de la santé Haarlemmermeer Pays-Bas), Bert Aertgeerts (CEBAM, CDLH, Santé et Science)

Layout :

Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Disclaimer :

- **Cette synthèse est basée sur une étude scientifique qui sera publiée en octobre 2017 dans le cadre du rapport complet « Vers un plan intégré d'Evidence-Based Practice en Belgique ». En attendant la publication de ce rapport complet, cette étude scientifique peut être obtenue sur demande auprès des auteurs de cette synthèse.**
- **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.**
- **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 juillet 2017
Domaine : Health Services Research (HSR)
MeSH : Evidence-Based Practice -- Delivery of Health Care -- Quality Assurance, Health Care -- Practice Guidelines -- Information Dissemination
Classification NLM : WB 102.5 (evidence-based practice)
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2017/10.273/55
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 ?

Adriaenssens J, Eyssen M, Mertens R, Benahmed N, Paulus D, Ameye F, Bossens M, Cauwenberg C, Cools A, Doms K, Everaert E, Gheysen M, Haelterman M, Laloup M, Malonne H, Meeus P, Penninckx W, Roisin T, Walraevens M. Vers un plan intégré d'evidence - based practice en Belgique – Première partie : plan de gouvernance – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 291Bs. D/2017/10.273/55.

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