

# Appel à candidatures : projets pilotes « accouchement avec séjour hospitalier écourté »

## Table des matières

1. Introduction - contexte.....	1
2. Objectif des projets pilotes.....	1
2.1. Objectifs généraux .....	1
2.2. Objectifs et caractéristiques du projet pilote « Accouchement avec séjour hospitalier écourté » .....	2
3. Eléments qui doivent être présentés dans la description de chaque proposition de projet pilote .....	5
3.1. Population visée .....	5
3.2. Prestataires de soins et autres partenaires.....	5
3.3. Offre de soins et épisode de soins .....	7
3.4. Objectifs et modèle organisationnel : .....	8
3.5. Financement au cours du projet pilote : .....	8
3.6. Aspects complémentaires.....	11
4. Sélection et évaluation des projets :.....	12
4.1. Critères d'évaluation.....	12
4.2. Évaluation des propositions soumises :.....	13
4.3. Évaluation des projets retenus, en cours de projet : .....	14
5. Suivi contractuel des projets pilotes approuvés.....	15
6. Dossier de candidature.....	15

## **1. Introduction - contexte**

L'accord de gouvernement fédéral prévoit des mesures visant à « éviter de longs séjours hospitaliers inutiles, en combinaison avec une offre de formes de soins alternatives moins coûteuses ». Plus concrètement, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique exposait le 28 avril 2015 dans son « Plan d'approche de la Réforme du financement des hôpitaux » qu'il convenait de viser une bonne adéquation et coordination entre les soins ambulants et hospitaliers, et entre les hôpitaux, en raison du nombre croissant de patients atteints de pathologies chroniques : les soins doivent se dérouler de façon plus intégrée et les soins transmuraux doivent être stimulés. Dans le cas d'affections aiguës, une bonne coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires est également primordiale. En guise d'exemple, il était fait référence aux « accouchements avec séjour hospitalier écourté ».

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé avait déjà indiqué auparavant dans une étude (rapport 232A) de 2014 que, bien qu'en Belgique comme dans la majorité des pays occidentaux les séjours en maternité aient été raccourcis, la durée moyenne d'hospitalisation pour un accouchement sans complication est toujours plus importante que dans d'autres pays : un peu plus de 4 jours, contre 3 jours en moyenne dans les pays de l'OCDE. Selon le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé), un raccourcissement de la durée de séjour en maternité est encore possible via une réorganisation en profondeur des soins postnatals.

En outre, il y a également la demande de certains groupes professionnels de répartir différemment les tâches de soins et de les attribuer de manières innovantes aux différents groupes professionnels.

Ces différents éléments donnent lieu à l'appel décrit dans le présent document quant à l'introduction de propositions de projet visant des accouchements avec séjour hospitalier écourté.

## **2. Objectif des projets pilotes**

### **2.1. Objectifs généraux**

Le Plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux prévoit une implémentation prudente et pragmatique de nouveaux modèles d'organisation et de financement des soins hospitaliers. Le but est de tester, en étroite concertation avec le secteur et les entités fédérées, de nouvelles modalités tout d'abord à petite échelle et de seulement les implémenter à plus grande échelle après évaluation positive. De cette façon, on peut maîtriser plus facilement des effets secondaires défavorables et inattendus, y remédier et éviter le chaos. Parallèlement, on donne une certaine liberté à divers acteurs des soins de santé pour qu'ils puissent lancer des initiatives à la fois innovantes et créatives. Sur le terrain, il y a beaucoup d'expertise et d'expérience en ce qui concerne les formes de collaboration, les modèles d'organisation alternatifs... tant ceux qui peuvent fonctionner correctement en pratique que ceux qui offrent

peu de perspective. Les autorités souhaitent tirer les leçons de ces expériences avant d'implémenter des réformes substantielles à grande échelle.

Les projets pilotes fonctionnent comme des bancs d'essais pour tester certains mécanismes de politique utiles pour la réforme du financement des hôpitaux quant à leur faisabilité pratique. Le Plan d'approche indique clairement que la réforme du financement des hôpitaux vise essentiellement :

- à utiliser plus efficacement les budgets disponibles pour les soins hospitaliers (de sorte que le sous-financement dans le budget des moyens financiers puisse être éliminé et que l'on puisse faire face à l'avenir aux besoins de soins en hausse avec une croissance budgétaire plus faible que par le passé) ;
- sans toucher à la qualité des soins et à la satisfaction des patients - au contraire, à améliorer encore, autant que possible, la qualité des soins ainsi que la satisfaction des patients.

Une utilisation plus efficace des moyens peut être mise en place via des modèles d'organisation et de financement adaptés, non seulement pour les soins au sein des hôpitaux, mais également pour les soins pré- et post-hospitalisation. Le but est que des propositions de modèles de financement et d'organisation adaptés soient développées par les personnes intéressées, afin que leur faisabilité pratique puisse être évaluée, avant que les autorités ne les implémentent à plus grande échelle.

Le secteur peut se demander si des hôpitaux ayant déjà fait de nombreux efforts pour réduire la durée du séjour (= hôpitaux qui travaillent déjà efficacement), pourront encore gagner en efficacité via les projets pilotes. Ce sont surtout les hôpitaux qui n'ont fait aucun effort jusqu'à présent pour améliorer leur efficacité qui pourront réaliser des progrès. Il est bien entendu que la position de départ de tous les hôpitaux ne sera pas identique lorsque les incitants visant l'amélioration d'efficacité seront introduits. Les hôpitaux qui ont déjà pris des initiatives auparavant afin d'améliorer leur efficacité en ont déjà récolté les fruits par le passé (et ont pu utiliser les moyens libérés de façon alternative). Ces hôpitaux auront à court terme probablement moins d'avantages supplémentaires de leur participation aux projets pilotes. Mais ils sont à long terme mieux armés pour l'avenir. Ils ont déjà une longueur d'avance et pourront plus facilement emboîter le pas des nouvelles modalités d'organisation et de financement, lorsque les résultats des projets pilotes seront implémentés à plus grande échelle. Les projets pilotes proposent aux participants un environnement 'sécurisé' (car basé sur un budget garanti par patient) au sein duquel de nouvelles modalités d'organisation peuvent être « expérimentées ». De cette façon, on peut être à l'origine d'une innovation qui pourrait être implémentée par la suite dans l'ensemble du secteur.

## **2.2. Objectifs et caractéristiques du projet pilote « Accouchement avec séjour hospitalier écourté »**

Sur la base des caractéristiques souhaitables des projets pilotes, qui ont été décrites dans le « Plan d'approche des projets pilotes », les accents suivants ont été posés pour ce premier thème faisant l'objet d'un appel à l'introduction de candidatures.

- Les **soins « transmuraux »** sont au centre des préoccupations.  
L'accent de ce projet pilote est mis sur la réalisation de soins périnataux de qualité où mère et enfant quittent l'hôpital, par exemple, 48 heures après un accouchement naturel sans complication. Ce séjour peut, si nécessaire, être prolongé après un accouchement par césarienne pour une période à convenir. Les soins à domicile doivent alors être organisés de façon à pouvoir prolonger les soins postnatals de façon optimale pour toutes les mamans et tous les bébés concernés. On utilise dès lors **moins l'infrastructure hospitalière** coûteuse, en raison du raccourcissement du séjour ou du recours plus important à l'hospitalisation de jour. La diminution du recours aux services d'urgences, de la consommation inutile de médicaments, de la (sur)consommation d'examen de diagnostic médical (labo, imagerie...) fait également partie des objectifs.
- Les soins sont dispensés par une **équipe multidisciplinaire**.  
Différents soignants et aidants sont impliqués dans les soins périnataux (médecin généraliste, sage-femme, gynécologue, pédiatre, hôpital, infirmier, kiné, ONE, assistance à la maternité...). Ils doivent développer les modalités nécessaires de collaboration et de coordination (tant au niveau organisationnel que financier).
- Établissement et suivi d'un **plan de soins et d'accompagnement transmuralevidence-based**, déjà pendant la grossesse, à l'aide d'un **dossier patient électronique** partagé.<sup>1</sup> Il s'agit de décrire ici clairement les critères de sortie de la mère et de l'enfant. Ces critères doivent assurer le transfert des soins intramurales vers les soins extramurales.  
Dans le cadre des soins sur mesure, la femme enceinte et sa famille sont impliquées de façon optimale dans l'établissement de ce plan et très bien préparées à un accouchement avec séjour hospitalier écourté. L'annexe 1 comporte un aperçu des protocoles de soins qui doivent de préférence être présents et communiqués à tous les partenaires.
- Le **patient** en tant que **partenaire actif** dans la prise de décision.  
De l'attention est accordée à l'autonomisation (empowerment) de la future mère. Notamment une meilleure préparation de la phase postnatale lors de la phase prénatale doit permettre de raccourcir le séjour hospitalier. Une éducation prénatale plus complète est nécessaire avec une attention spécifique aux particularités pendant le premier mois suivant l'accouchement/la naissance pour la mère et l'enfant.  
Il convient également faire connaître les soins postnatals qui peuvent être dispensés par la sage-femme, le médecin généraliste, le pédiatre et d'autres personnes, mais aussi l'aide qui peut être apportée par les services d'assistance à la maternité, avec une attention particulière pour les familles qui ne bénéficient que de peu de soutien social.
- **Monitoring des résultats** des soins.  
Les **résultats** des soins sont **surveillés** et suivis au niveau du patient :

---

<sup>1</sup> Le but n'est pas que des projets développent des dossiers patient électroniques, mais qu'ils utilisent les services disponibles dans le cadre de l'e-santé.

- Il est précisé qui assure le suivi des soins au niveau du patient (par ex. qui est le coordinateur ?).
- Une attention est accordée aux paramètres de performance concrets (au niveau des résultats ou des processus de soins) qui peuvent être utilisés dans le cadre de soins centrés sur la valeur et des initiatives *pay for performance*.

Pour ce projet pilote spécifique, une attention particulière est également demandée pour :

- le screening néonatal. Il est important que chaque nouveau-né bénéficie de tous les screenings néonataux prévus. Notamment :
  - le screening métabolique : il constitue un point d'attention vu que le prélèvement sanguin (test de Guthrie) doit être réalisé entre 72 et 120 heures après la naissance. Lorsque le nouveau-né n'est plus à l'hôpital à ce moment-là, les soins à domicile doivent être organisés et formés de façon à pouvoir prendre cela en charge de façon optimale.
  - ictère : le screening néonatal visant la détection de l'ictère néonatal doit être réalisé au moins quotidiennement pendant les 72 premières heures. Lors de la sortie du nouveau-né de l'hôpital, l'ictère doit être évalué de façon clinique et une prise en charge adaptée doit être définie.
- les groupes plus vulnérables.  
Le projet pilote doit montrer ce que doit comporter cette 'attention particulière' : implication de partenaires supplémentaires, justification d'un séjour hospitalier tout de même plus long, besoin de sages-femmes pour effectuer plus longtemps des visites à domicile, case management limité dans certaines situations...
- allaitement : la continuité dans l'accompagnement de l'allaitement, comme l'apprentissage des capacités à l'allaitement, doit être garantie.

Pour un aperçu détaillé des éléments de soins et résultats pertinents, nous renvoyons à l'annexe 1 (protocoles de soins) et à l'annexe 2 (indicateurs d'évaluation des projets pilotes).

- La mère doit toujours savoir à quel soignant elle peut s'adresser, mais aussi à qui elle peut faire appel en cas de problèmes. Les prestataires de soins savent clairement qui est responsable de la mère et du bébé à chaque phase.

Il est également demandé suffisamment d'attention pour :

- les mécanismes visant à éviter l'aggravation des problèmes / à détecter les problèmes à temps (et donc également éviter des frais de soins futurs)
- les mécanismes visant à éviter les (ré)hospitalisations (à savoir éviter des frais hospitaliers)
- la surveillance des interactions avec les comorbidités

- Les aspects des **règlementations connexes**, qui sont susceptibles de faire obstacle au développement de modalités créatives et novatrices au niveau de l'organisation et du

financement, doivent être signalés. Des propositions pour l'élimination de tels « obstacles » valent la peine d'être recommandées. On pense ici notamment aux aspects de l'AR 78 et à l'application de l'exonération de la T.V.A. pour les soins de santé.

L'objectif est un environnement « à l'abri des règles » (dans lequel les soins administrés au sein du projet pilote sont si possible dispensés de réglementations gênantes).

- **Vers une implémentation à plus grande échelle**

L'organisation modifiée des soins qui est développée par les projets doit également pouvoir être appliquée dans d'autres « settings » (autres villes, autres régions). Les résultats des projets évalués positivement (après 2 ans de fonctionnement) doivent permettre de développer un « trajet de soins » pour les soins périnatals, qui constituera la base de nouvelles modalités de financement et d'organisation pour les soins relatifs à l'accouchement, qui pourront ensuite être implémentées à plus grande échelle.

### **3. Eléments qui doivent être présentés dans la description de chaque proposition de projet pilote**

#### **3.1. Population visée**

Le groupe cible du projet est la population de patients bien définissable composée de femmes présentant une grossesse à faibles risques et un accouchement (attendu) naturel et sans complication ou un accouchement par césarienne, qui optent pour un accouchement avec séjour hospitalier écourté dans un hôpital participant au projet pilote. Il s'agit d'une large population de patients de manière à ce que, lors d'une implémentation future à plus grande échelle des projets pilotes présentant des résultats favorables, on puisse réaliser des optimisations importantes.

Une grossesse à faibles risques renvoie à une grossesse et un accouchement pour lesquels, sur la base de l'anamnèse médicale, des antécédents gynécologiques/obstétriques et le déroulement de la grossesse, aucun problème particulier n'est attendu pendant l'accouchement.

La future mère doit choisir, explicitement et par écrit, d'accoucher dans le cadre d'un séjour hospitalier écourté. Elle doit pouvoir faire ce choix le plus tôt possible. Le réseau périnatal décrit les formes de soins qu'il apportera, avec une estimation du nombre de patients à suivre.

#### **3.2. Prestataires de soins et autres partenaires**

L'initiative d'introduire une proposition peut émaner de toutes les parties concernées qui dispensent des soins (pas uniquement les hôpitaux), y compris les groupes de patients concernés.

Les propositions de projets sont introduites par des groupes de prestataires et établissements de soins : on vise une collaboration entre hôpitaux, spécialistes, médecins généralistes, prestataires indépendants (sages-femmes, kinésithérapeutes, infirmiers à domicile...) ou autres formes de soins. Il semble évident que les chances de réussite augmentent dès lors que les projets peuvent faire appel à une large base constituée de différents types de prestataires de soins, ayant un impact suffisant sur le groupe de patients visé. La connaissance de la méthode de développement, d'implémentation et d'évaluation des trajets de soins par les partenaires du projet est un avantage.

Les fournisseurs de matériel et d'équipements ainsi que d'autres partenaires privés (par ex. les responsables d'assurances hospitalisation, les banques) peuvent également collaborer en tant que partenaires au projet, mais les projets doivent être développés en concertation avec les prestataires de soins et être introduits conjointement.

Afin d'atteindre les objectifs, différents prestataires de soins et d'aide entourant la femme enceinte doivent de préférence collaborer dans un réseau périnatal. C'est pourquoi les partenaires suivants peuvent être impliqués dans le projet pilote accouchement avec séjour hospitalier écourté :

- a) les formes de prestations de soins suivantes, qui sont financées par le budget fédéral :
- au moins un hôpital
  - une représentation des sages-femmes, qui peuvent chacune veiller à la continuité des soins à domicile
  - des kinésithérapeutes (dans le cadre des exercices prénatals et postnatals)
  - les gynécologues liés à l'hôpital
  - les pédiatres liés à l'hôpital
  - certains médecins généralistes, le cas échéant via les cercles de généralistes (le projet doit être rendu public auprès du cercle des généralistes)  
(s'il y a une coordination au niveau du patient (micro) ou au niveau des prestataires (méso), elle doit être réalisée dans le cadre des structures existantes (SISD/CSSD)).
- b) les formes de prestations de soins suivantes, qui sont financées par les autorités régionales :<sup>2</sup>
- Service(s) aide aux familles/assistance à la maternité
  - Services K&G/ONE/ Kaleido-DG

Selon le niveau d'autonomisation de la mère, des soins ou de l'aide supplémentaires peuvent être proposés via l'assistant social, le case management, le service social...

Au niveau des fournisseurs et des partenaires privés, et spécifiquement pour les accouchements, les compagnies d'assurances privées ou complémentaires ne peuvent pas être oubliés. Ils jouent actuellement un rôle important au niveau du remboursement, par exemple,

---

<sup>2</sup> Pour les formes de soins financées par les entités fédérées, il y a lieu de se concerter avec les entités fédérées sur la participation aux projets-pilotes et, ce, avant d'introduire la candidature.

des suppléments de chambre pendant les séjours hospitaliers. On peut étudier les possibilités de réorienter une partie de ces moyens vers le soutien par ex. des soins postnatals à domicile.

Les accords de collaboration entre ces différents partenaires doivent être expliqués concrètement dans le dossier de candidature. Le dossier doit expliciter quels sont les engagements et les tâches de chaque partenaire, comment la communication entre les partenaires (y compris la mère) se fera, quelles sont les responsabilités, quelles sont les accords relatifs au financement, comment la continuité des soins sera garantie, ce qui doit se passer en cas de complications (sévères), qui est le coordinateur, qui est responsable du patient pendant quelle phase, où le patient peut s'adresser en cas de questions ou de plaintes,...

### **3.3. Offre de soins et épisode de soins**

L'offre de soins et la durée de l'épisode de soins qui sont comprises dans le projet pilote doivent être bien délimitées. Pour ce projet pilote, il convient d'indiquer :

- À partir de quel moment les soins prénatals sont compris (au plus tôt à partir de la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse) ?
- Pour quelle période la période postnatale est-elle incluse (jusqu'à maximum 1 mois après l'accouchement) ?
- Seuls des soins médicaux, infirmiers et obstétriques sont-ils compris dans le projet pilote ? Ou les soins sont-ils décrits de façon plus large (par ex. soins par une sage-femme à domicile, soins de confort, séjour hôtelier (pour des soins) ?

Il est évident que, pour autant que toutes les autres conditions restent identiques, les chances de réussite d'un projet augmentent en fonction de l'intégration dans le projet pilote d'un éventail de formes de soins plus large et d'un épisode de soins plus long.

Lors de la définition de l'offre de soins impliquée et de l'épisode de soins, il faut également indiquer comment les soins standards pour les mères et les nouveau-nés seront organisés et qui se chargera de quelle tâche. On pense ici par exemple à la promotion de l'allaitement, au dépistage de l'ictère dans les délais et au dépistage des maladies congénitales (prélèvement qualitatif d'un échantillon, envoi correct et à temps du carton sanguin aux labos d'analyse, remplissage correct de tous les renseignements nécessaires). Ce dernier point est aujourd'hui surtout organisé pour les maternités. À l'avenir, d'autres prestataires de soins (sages-femmes indépendantes, médecins généralistes...) devront aussi réaliser plus fréquemment de tels prélèvements sanguins. Il est important que le niveau de participation à ce dépistage de la population reste au moins au même niveau qu'à l'heure actuelle. C'est également valable pour la qualité (le moment et la qualité du prélèvement sanguin ont un effet sur la qualité de l'analyse, le délai d'envoi des cartons au labo...) du dépistage de la population. Il est nécessaire d'expliquer de quelle façon cela pourra être réalisé.



### 3.4. Objectifs et modèle organisationnel :

La proposition de projet indique clairement de quelle manière on veut **organiser** les soins **différemment** à l'avenir, et quels **objectifs** on veut ainsi atteindre (effets visés). Concrètement, il est attendu que les initiateurs indiquent clairement :

- De quelle manière souhaite-t-on organiser les soins différemment ?
- Il doit être précisé comment l'utilisation de l'infrastructure hospitalière sera réduite en termes de nombre moyen de journées de séjour, d'utilisation de moyens d'intervention médicaux et de médicaments, ainsi que la manière dont les soins hospitaliers seront réalloués à d'autres formes de soins.
- Quels sont les impacts attendus (pour le patient, les prestataires de soins, ....) en termes de coût, qualité, satisfaction, ... ?

Idéalement, ces effets attendus sont décrits en termes d'hypothèses vérifiables.

(Pouvoir déjà démontrer dans la pratique ou sur la base de preuves scientifiques étrangères que, dans d'autres contextes, le modèle organisationnel alternatif proposé génère des effets positifs, ou a même déjà été identifié comme '*best practice*', constitue évidemment un avantage)

Spécifiquement pour le projet pilote 'accouchement avec séjour hospitalier écourté', il est recommandé de travailler avec un **coordinateur**. Ce coordinateur constitue le pivot dans la mise en œuvre du projet. Il peut s'agir d'une sage-femme ou d'un gynécologue de l'hôpital, ou d'un autre prestataire de soins. Le coordinateur/intégrateur est responsable des éléments suivants :

- Mise en œuvre et suivi du projet
- Ajustement des accords de collaboration
- Mise au point de la communication entre les prestataires de soins et intégration d'un maximum de partenaires
- Gestion de la collaboration entre les différents prestataires de soins
- Contacts entre le projet et l'INAMI, le SPF Santé Publique, l'entité fédérée, K&G, ONE ...
- Enregistrement d'informations pour le suivi du projet,
- ....

La proposition de projet décrit également le **modèle de gouvernance** qui sera utilisé au cours de la période du projet (et après, en cas d'évaluation positive). Au minimum les fonds libérés par la modification de la façon de travailler doivent être réinvestis dans les soins de santé et gérés dans une structure de gouvernance commune. Plus précisément, les organes de gestion, les partenaires composant les instances de gestion ainsi que la manière dont la prise de décision a lieu doivent être décrits. Les partenaires déterminent qui constitue le point de contact vis-à-vis de tiers.

### 3.5. Financement au cours du projet pilote :

Pour les projets pilotes, le point de départ consiste à rechercher dans le secteur de l'inspiration pour des modalités organisationnelles et financières alternatives en matière de soins,

permettant une utilisation plus intelligente des budgets disponibles. L'utilisation concrète des moyens, le budget, son origine et son affectation doivent être définis dans un plan financier faisant partie du dossier de candidature.

### **Mise en commun du financement**

Le financement actuel existant pour l'offre de soins prestés à la population de patients concernée par l'épisode de soins inclus dans le projet pilote est mis en commun. La proposition de projet décrit ce que comprend précisément le financement actuel pour l'offre de soins incluse au cours de l'épisode de soins concerné, et comment celui-ci a été calculé (par ex. sur la base de l'activité réelle il y a deux ans (année t-2)). Ces fonds mis en commun sont les ressources financières disponibles pendant la durée du projet pour les soins au groupe cible de patients, mais ils peuvent être utilisés d'une manière différente. Cette mise en commun des flux de financement existants, au niveau du projet, vise une collaboration plus étroite et une meilleure coordination transmurale des soins. Les partenaires décrivent comment ils vont utiliser les fonds et réinvestir les bénéfices dans les soins. Ils s'engagent à établir un budget commun pour les moyens mis en commun.

### **Garantie budgétaire**

Il existe en outre une garantie budgétaire, en ce sens que le budget par patient des activités de soins incluses dans le projet est conservé pendant une période maximale de 3 ans (soit la durée maximale du projet pilote).

Le montant du budget garanti par patient dépend bien sûr de la nature et de l'étendue des prestations de soins couvertes par le projet pilote (par ex., les activités médicales sont entièrement, partiellement ou pas du tout incluses).

Chaque proposition de projet pilote soumise comprend une identification du budget moyen (frais facturés à l'assurance maladie obligatoire, tickets modérateurs, interventions personnelles et suppléments) pour les patients concernés, sur la base des chiffres des années précédentes. Dans la candidature provisoire (c'est-à-dire une *déclaration d'intention* qui doit être introduite au plus tard fin septembre – voir ci-après), les candidats fournissent leur propre calcul du budget concerné. D'ici fin septembre, un **modèle de calcul** sera mis à disposition. Il permettra de calculer le budget concerné pour chaque partenaire intéressé exactement de la même manière. La *candidature définitive* (=la candidature provisoire complétée et, le cas échéant, adaptée sur la base du modèle de calcul) doit être introduite pour fin octobre (voir ci-après). Pour les propositions de projet approuvées, un budget transparent garanti par patient sera déterminé, ajusté aux règles de l'indice en vigueur, sur la base du modèle de calcul.

Les autorités publiques s'engagent à payer ce montant dans une convention avec le ou les hôpitaux participant au projet (voir ci-dessous – cet accord est basé sur l'article 107 de la loi sur les hôpitaux). Le projet reçoit la garantie que les moyens disponibles à ce jour resteront garantis pendant la durée du projet, sauf s'il est constaté lors du suivi intermédiaire que les objectifs ne sont pas atteints. La date de début et la date de fin exactes sont fixées dans la convention avec le ou les hôpitaux participants.

## **Règles de facturation versus décompte budgétaire**

Tant le ou les hôpitaux que les autres partenaires (par exemple de première ligne) participant au projet continuent à être payés pendant le projet en vertu des règles de financement et de facturation en vigueur.

Chaque année, une comparaison est effectuée entre les revenus réels des partenaires pour les prestations inhérentes au projet (revenus via l'assurance maladie obligatoire et les patients) et le montant auquel les autorités publiques se sont engagées.

Si le projet a reçu moins (par l'assurance maladie et/ou les patients) que la somme fixée par patient pour la période correspondante, le gain d'efficience (attribué sous la forme d'un budget supplémentaire dans la sous-partie B4 d'un hôpital participant) revient aux partenaires du projet (*shared savings*) et, en concertation mutuelle, sera réinvesti dans les soins de santé.

Si les partenaires du projet ont reçu plus que la somme fixée par patient pour la période correspondante, l'excédent perçu doit être remboursé sous la forme d'un montant de rattrapage négatif pour le ou les hôpitaux impliqués. Cette récupération est réglée dans l'accord susmentionné en vertu de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux (voir ci-dessous).

## **Neutralité budgétaire pour le financement des soins/budget de coordination**

Le projet est budgétairement neutre ; en d'autres termes, il n'y a pas de budget supplémentaire prévu par les autorités publiques pour les soins prestés.

Pour encourager les projets pilotes, un budget limité est cependant prévu pour la coordination à concurrence de 40 000 euros par année de fonctionnement pour les projets approuvés. Cela doit permettre d'engager un collaborateur supplémentaire à temps partiel pour coordonner le projet et le suivre durant ses années de fonctionnement.

## **Pas de coût supplémentaire pour le patient**

La participation aux projets pilotes ne peut impliquer aucun coût supplémentaire pour les patients par rapport aux soins « classiques » dont ils auraient bénéficié s'ils avaient été traités en dehors du projet pilote. Sortir plus rapidement de la maternité ne peut donc pas conduire à une augmentation des frais (médicaux) à charge de la jeune famille.

Il convient d'accorder l'attention nécessaire au fait qu'au moment de son retour à la maison, la patiente perd le statut de personne hospitalisée (par ex. prix différents pour les médicaments). La proposition de projet doit indiquer comment ce problème sera abordé.

## **Pas d'économies, mais une réaffectation des gains d'efficience (*shared savings*) dans les soins**

Les simulations effectuées par le Centre d'expertise montrent que les économies effectuées sur le séjour à l'hôpital pourraient compenser les coûts des visites à domicile supplémentaires effectuées par les sages-femmes (ou médecins traitants).

Cependant, l'intention de ces projets ne consiste absolument pas à réaliser des économies, mais à utiliser différemment les fonds libérés pour des soins à l'hôpital et dans le réseau périnatal

pluridisciplinaire. Une partie des fonds peut être utilisée pour augmenter les effectifs d'encadrement des lits d'hôpitaux non fermés. Au sein du réseau, les fonds libérés peuvent également être utilisés en partie pour l'élaboration d'un plan d'accompagnement et de soins accessible par voie électronique, pour répondre aux besoins spécifiques des mères plus vulnérables... La condition essentielle est que les fonds libérés soient réinvestis dans les soins.

En d'autres termes, l'objectif est que pendant le projet pilote, le budget soit utilisé autrement que dans le passé : que ce budget permette d'autres formes de soins plus efficaces/soins de meilleure qualité. La proposition de projet doit développer concrètement ces propositions d'utilisation alternative des fonds.

L'hôpital peut lui-même assurer une partie des soins (extramuraux), ou bien ces soins peuvent être organisés par la première ligne, ou encore éventuellement dans le cadre d'une formule mixte. Le transfert des soins de l'hôpital au domicile peut être justifié s'il s'agit de soins techniques pouvant difficilement être organisés à partir de la première ligne. Une collaboration entre les hôpitaux et la première ligne est hautement souhaitable.

Le montant économisé grâce au séjour hospitalier écourté peut être placé dans un fonds, éventuellement complété par des moyens de soins de première ligne (et dans une seconde phase peut-être, après concertation avec les entités fédérées, également par des moyens de l'aide aux personnes), qui sera géré par le réseau de partenaires du projet à partir duquel les soins seront organisés. Dans tous les cas, il doit être indiqué de manière transparente, pour tous les partenaires du projet, comment les moyens libérés seront réaffectés. Cette proposition de réaffectation constitue également un élément de la convention de réseau.

### **Convention de réseau**

Le ou les hôpitaux concernés doivent signer une convention de réseau avec tous les partenaires du réseau. Cette convention de réseau doit contenir un nombre minimum d'éléments comme prévu dans la note jointe. La convention de réseau mentionne le montant auquel les autorités publiques se sont engagées et qui est considéré comme le budget par patient pour le projet. La convention de réseau régit la façon dont les gains d'efficacité ou le montant à récupérer sont répartis entre les partenaires du réseau (voir plus bas).

### **3.6. Aspects complémentaires**

Un projet peut toujours recevoir également un **financement supplémentaire** de tiers (par ex. assurance hospitalisation, fonds d'investissement, communes, ...) souhaitant soutenir le projet. Celui-ci n'est pas déduit du financement via l'assurance maladie obligatoire.

Chaque proposition de projet pilote doit aussi indiquer quelle réglementation peut éventuellement constituer un obstacle à l'organisation innovante de la prestation de soins que l'on veut réaliser. Si nécessaire, avant toute approbation finale pour le lancement du projet pilote, les accords nécessaires peuvent être passés à ce sujet.

En outre, il doit également ressortir de la proposition de projet soumise que l'initiative est également supportée par le conseil médical des hôpitaux concernés et les organes consultatifs syndicaux des institutions concernées.

De même, le projet peut contenir un accord de garantie budgétaire avec une entité fédérée concernée si celle-ci l'accepte en ce qui concerne les soins ou l'assistance relevant de la compétence de l'entité fédérée.

## 4. Sélection et évaluation des projets :

### 4.1. Critères d'évaluation

La proposition de projet doit contenir des **critères** clairs sur lesquels le projet peut être et sera évalué après deux années de fonctionnement.

Ces critères découlent en partie des objectifs et caractéristiques susmentionnés (**critères d'évaluation imposés**) et sont en partie définis conjointement par les partenaires du projet (= **critères électifs**). Tous les critères sont finalement définis en objectifs quantitatifs à réaliser.

La proposition soumise comprend également un projet de '**mesure de référence**' : les résultats d'avant le début du projet pour les critères d'évaluation proposés. Il peut s'agir d'une description de la situation 'as is' avant le début du projet, sur la base des critères d'évaluation imposés et électifs.

Les critères d'évaluation, qui sont basés sur les objectifs que le projet pilote concret veut atteindre, comprennent :

- **des indicateurs de résultat** (renvoient au résultat final/objectif des soins) : impact sur la santé du patient (la mère et le nouveau-né)
- **des indicateurs de processus** (renvoient aux soins effectivement prestés, y compris la communication à ce sujet) : par exemple, raccourcissement de la durée du séjour, nombre de contacts, suivi, .....
- **des indicateurs financiers** (coût) ; à cet égard, il convient de prêter attention aux points suivants :
  - o Les coûts (= moyens utilisés) au sein des services de soins et pour les prestataires de soins
  - o Les coûts pour les patients (tickets modérateurs, suppléments, interventions personnelles, coûts non couverts par l'assurance maladie)
  - o Les coûts pour les autorités publiques/l'assurance maladie

(Ici également, pouvoir déjà démontrer sur la base de preuves scientifiques que des indicateurs de qualité valides et fiables, critères de mesures des résultats ... sont déjà disponibles sera bien évidemment un avantage).

Lors de la soumission, le projet initie également des **propositions** sur la façon dont le financement/l'organisation pourraient être **optimisés** à l'avenir et comment, après évaluation

favorable, la mise en œuvre à plus large échelle pourrait être organisée. L'accent est mis sur les points suivants :

- Moins de complexité et d'administration/enregistrement
- Plus de transparence
- Moins lié aux prestations
- Promeut davantage la qualité, axé sur la valeur (orienté résultat)
- Promeut davantage l'efficience.

Après un an de fonctionnement, les projets approuvés établissent un **rapport de suivi** intermédiaire (objectif : présenter la situation actuelle en termes de réalisation des objectifs (mesurés sur la base des critères d'évaluation + refléter le degré de progression dans la mise en œuvre) : le modèle organisationnel proposé est-il suivi, ou des ajustements dans la pratique sont-ils souhaitables ? – et pourquoi).

Après deux années de fonctionnement, un **rapport final** est établi, avec une auto-évaluation par les partenaires sur la base des critères d'évaluation décrits ci-dessus, et d'autre part, des propositions adaptées/actualisées de financement approprié en cas de mise en œuvre à plus large échelle.

Chaque proposition de projet peut également suggérer quelques noms d'**experts** indépendants qui pourraient évaluer le projet quant au contenu. La composition définitive du comité d'évaluation est effectuée par la cellule stratégique, en concertation avec les administrations.

#### 4.2. Évaluation des propositions soumises :

Les projets soumis seront évalués par un comité d'évaluation.

Le comité d'évaluation est composé de deux groupes d'experts :

- Un groupe d'experts qui évalue tous les projets (également pour les autres thèmes de projets pilotes restant à définir) quant à leur faisabilité organisationnelle et financière, en tenant compte de la réglementation fédérale et régionale (ce groupe d'experts est composé de manière uniforme pour tous les projets et comprend principalement des collaborateurs des administrations publiques concernées)
- Un groupe d'experts qui évalue les projets quant à leur faisabilité concernant le contenu des soins (ce groupe d'experts est spécifique au thème des projets pilotes relatifs à l'accouchement avec séjour hospitalier écourté).

L'évaluation des propositions soumises peut avoir contenir différentes étapes :

- Les propositions de projets peuvent être approuvées immédiatement si elles obtiennent des résultats favorables pour tous les critères d'évaluation.
- Les propositions de projet sont rejetées si elles ne répondent absolument pas aux critères d'évaluation.

- Les propositions de projet qui répondent en partie/ne répondent pas en partie aux critères d'évaluation peuvent avoir la possibilité de soumettre dans les 2 semaines une proposition adaptée, qui fera ensuite l'objet d'une évaluation finale.

Si le comité d'évaluation émet un avis favorable pour plus de propositions de projet que ce qui peut être financé par les budgets de coordination disponibles, une priorisation supplémentaire des projets sera approuvée, tout en visant une représentativité suffisante (quant aux formes transmursales de soins, à la distribution géographique, ...).

#### 4.3. Évaluation des projets retenus, en cours de projet :

- En cours de projet, les projets sont suivis (sur la base d'un rapport intermédiaire après 1 an de fonctionnement) et évalués (sur la base d'un rapport final après deux ans de fonctionnement). Les critères évalués (voir ci-dessus) sont définis dans la convention de réseau. Celle-ci détermine également qui va réaliser l'évaluation.

Un aperçu des indicateurs pouvant être suivis est joint en annexe 2.

Les auto-évaluations sont accompagnées d'un rapport destiné au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Outre un bilan avec les résultats positifs et négatifs, le suivi intermédiaire comporte également des mesures permettant d'ajuster le projet le cas échéant. Le rapport final indique de quelle manière le projet pilote pourrait être déployé dans le pays, et quelles doivent être les modalités à cette fin. Un exemple de parcours de soins pour les soins périnataux est repris en annexe 3.

Les partenaires de la convention de réseau s'engagent à effectuer une mesure de référence au début du projet afin de permettre de déterminer l'évolution lors de l'évaluation.

Ces rapports (rapport de suivi et rapport final) sont d'abord préparés par les partenaires du projet. Ensuite, une évaluation critique du projet et du rapport sera faite par des experts indépendants.

Les accords nécessaires sont préparés avec les administrations concernant la mise en œuvre pratique de ce suivi/cette évaluation.

- Les projets qui sont évalués *positivement* après 2 années de fonctionnement, et dont les autorités publiques souhaitent mettre en œuvre le modèle organisationnel à plus grande échelle, continuent encore un an en mode projet. Pendant ce temps, les modalités pour un déploiement à plus grande échelle sont élaborées.
- En cas d'évaluation *négative* ou si les autorités publiques jugent la mise en œuvre à plus grande échelle inappropriée ou irréalisable, le projet sera arrêté après deux années de fonctionnement.  
Enfin, la possibilité est prévue qu'en cas d'évaluation *incomplète ou modérément favorable*, une troisième année de fonctionnement puisse être octroyée à un projet pilote, en mode

projet adapté. Vient ensuite l'évaluation finale (après la troisième année de fonctionnement, le financement du budget de coordination n'est plus possible).

## 5. Suivi contractuel des projets pilotes approuvés

Les projets pilotes approuvés seront suivis au moyen de la technique définie dans **l'article 107** de la loi coordonnée sur les hôpitaux. Cette technique est actuellement déjà appliquée dans les soins de santé mentale. À cette fin, une '**convention de réseau**' sera conclue par projet avec tous les partenaires du projet participants. Un des hôpitaux participants au sein du projet fait office de partenaire de projet, et les flux financiers associés à la garantie budgétaire seront réglés via la sous-partie **B4** du BMF d'un hôpital participant. Les principes les plus importants intervenant à cet égard sont les suivants :

- Identification du groupe de patients
- Fermeture (« gel ») d'un certain nombre de lits de soins aigus (c'est-à-dire moins de lits nécessaires en écourtant la durée de séjour, éventuellement même en évitant les admissions à l'hôpital)
- Identification des moyens 'économisés', en particulier de la sous-partie B2 (et B1), qui seront placés dans B4, pour être réutilisés
- Les honoraires des médecins hospitaliers peuvent également être inclus dans le projet pilote – mais c'est un choix que les partenaires du projet doivent faire.
- Les fonds qui ont été utilisés en dehors des soins hospitaliers (médecins généralistes, soins infirmiers à domicile, sages-femmes, kinésithérapeutes, ...) peuvent également être inclus dans le projet pilote.

Dans l'attente de propositions de projets concrètes, qui pourraient également inclure des formes de soins financées par les entités fédérées, les accords nécessaires avec les entités fédérées qui souhaitent collaborer seront préparés.

Les partenaires acceptent tout contrôle et inspection par les autorités publiques et suivront les directives qui seront formulées concernant le projet par le groupe de pilotage mis en place par les autorités publiques.

Les partenaires acceptent qu'en cas de constatation d'utilisation incorrecte des fonds (c.-à-d. pas compatible avec la convention de réseau), les autorités publiques puissent recouvrer les moyens et mettre fin au projet pilote avec un délai de préavis de trois mois.

## 6. Dossier de candidature

Un modèle standard de candidature est disponible sur le site web de la cellule stratégique de la [ministre De Block](#), du [SPF Santé publique](#) et de [l'INAMI](#). Ce modèle spécifie les informations attendues des partenaires du projet afin d'évaluer la candidature.



Il est attendu des candidats intéressés qu'ils transmettent leurs candidatures par e-mail pour le **30 septembre à minuit** au plus tard à l'adresse [hospfin-pilot@minsoc.fed.be](mailto:hospfin-pilot@minsoc.fed.be). Cette candidature fait office de *déclaration d'intention* de participer aux projets pilotes.

La *candidature définitive*, après avoir été complétée par le modèle de calcul (qui sera disponible fin septembre), doit être introduite au plus tard pour le **vendredi 30 octobre à minuit**, à la même adresse e-mail.

## Annexe 1: protocoles de soins

- Protocoles de soins pour la mère :
  - pour l'évaluation post-partum quotidienne de la parturiente pendant les sept premiers jours, un certain nombre de points sont examinés : 'périnée - saignements - maux de tête - douleur, rougeur ou un gonflement au niveau du mollet - essoufflement ou douleurs thoraciques - bien-être général - fatigue - selles - hémorroïdes - miction - symptômes pseudo-grippaux - douleur, sensibilité et rougeur aux seins'
  - pour l'observation et l'évaluation d'un certain nombre de points de la parturiente quant à l'indication : 'périnée - involution utérine - lochies - température - pression artérielle - douleur, rougeur ou gonflement au niveau du mollet - problèmes de miction ou de défécation'
- Protocoles de soins pour le nouveau-né :
  - pour la détection et le traitement de la malnutrition et le rapport à ce sujet
  - pour l'examen complet du nouveau-né dans les 72 heures après la naissance et à 6-8 semaines après la naissance
  - pour l'identification, l'évaluation, le traitement et la documentation de l'ictère
  - pour l'observation, le rapport et le renvoi de la miction et de la défécation pendant les 24 premières heures suivant la naissance.
- Protocole de soins concernant l'éducation des patients comprenant des accords concernant le calendrier, le contenu, la documentation et le prestataire de soins responsable, et dans lequel les sujets suivants sont abordés :
  - symptômes de situations mettant en jeu le pronostic vital de la mère et du bébé
  - processus de récupération physiologique (physiquement et mentalement) de la mère
  - hygiène générale et soins du bébé (y compris les changements physiologiques)
  - création d'un environnement sûr, y compris sécurité du sommeil
  - information sur l'allaitement maternel/l'alimentation au biberon
  - alimentation et exercice physique de la mère
  - reprise de l'activité sexuelle et de la contraception (2 à 6 semaines après l'accouchement)
- Protocoles avec des accords sur le renvoi et le transfert de soins entre secteurs cliniques et prestataires de soins

Un dossier de soins, incluant un rapport de l'anamnèse familiale, obstétricale et psychologique générale, est établi.

## Annexe 2 : indicateurs d'évaluation du projet pilote

Les indicateurs possibles pouvant être suivis sont les suivants – ici sont également mentionnés un certain nombre d'indicateurs qui sont considérés comme utiles dans le contexte d'un accompagnement prénatal et de soins périnataux de qualité, mais qui ne s'inscrivent pas dans le cadre allant de 28 semaines de grossesse à 1 mois après l'accouchement. Il est recommandé que ces indicateurs soient suivis dans le projet pilote, mais l'enregistrement de ces indicateurs ne sera pas considéré comme une partie des soins aux patients relevant formellement du projet pilote.

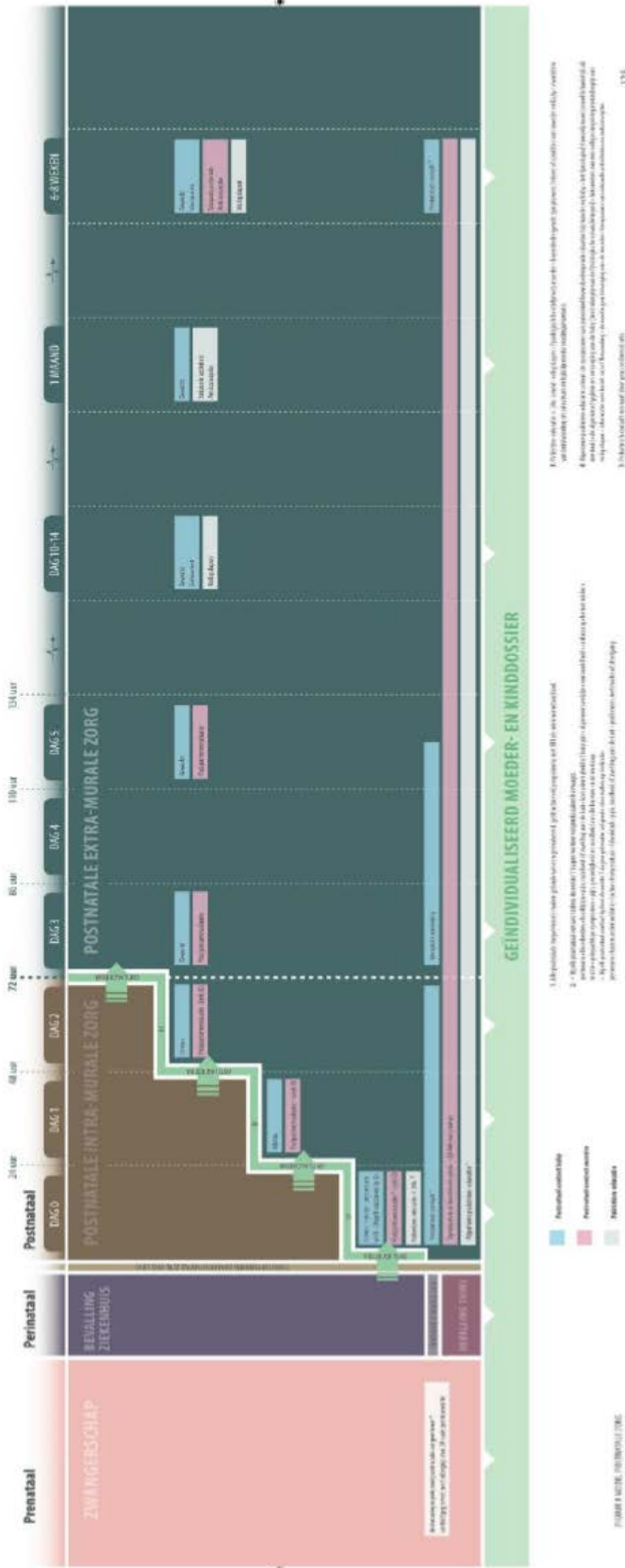
- La proportion de mères Rhésus D négatif ayant reçu des immunoglobulines anti-D dans les 72 heures suivant la naissance d'un bébé Rhésus positif D.
- La proportion de parturientes qui se sont révélées séronégatives pendant la grossesse pour la rubéole (rougeole allemande) et qui ont reçu le vaccin ROR avant la 8<sup>ème</sup> semaine post-partum.
- L'incidence de la mortalité et de la morbidité maternelles potentiellement évitables.
- La proportion de nouveau-nés présentant un taux de sérum bilirubine supérieur à 340 mmol/l.
- La proportion de nouveau-nés chez lesquels l'ictère a été contrôlé minimum une fois par jour (évaluation visuelle) pendant les 72 premières heures.
- La proportion de nouveau-nés ayant fait l'objet :
  - a) d'un examen complet (anamnèse et examen physique) dans les 72 heures après la naissance
  - b) d'un examen complet (anamnèse, examen physique, développement néonatal et proposition des premières vaccinations recommandées) à 6-8 semaines après la naissance (au plus tard 10 semaines) effectué par un médecin.
- La proportion de nouveau-nés présentant une perte de poids de 10 % ou plus au jour 3 et au jour 5.
- La proportion de nouveau-nés ayant fait l'objet d'un dépistage néonatal des troubles métaboliques, consigné dans le dossier de soins en vertu des dispositions de la communauté concernée
- La proportion de nouveau-nés ayant fait l'objet d'un test d'audition, consigné dans le dossier de soins dans les 6 semaines après la naissance.
- La proportion de nouveau-nés ayant reçu une prophylaxie par vitamine K selon les directives du fabricant.
- La proportion de nouveau-nés ayant une mère positive pour l'AgHBs qui ont été vaccinés contre l'hépatite B et ont reçu des immunoglobulines contre l'hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance.
- La proportion de mères ou de soignants principaux ayant estimé selon leurs propres dires que les tâches ménagères, les soins et la prise en charge des autres cohabitants se sont déroulés facilement au cours des 6 à 8 premières semaines suivant la naissance.
- La proportion de femmes, leur conjoint ou le soignant principal de nourrissons chez lesquels la sécurité du sommeil a été abordée :
  - a) dans les 24 heures
  - b) 10 à 14 jours après la naissance

c) 6 à 8 semaines après la naissance

- La proportion de mères allaitantes ayant reçu des informations sur l'allaitement maternel. Le contenu minimum étant : position, succion, consommation de lait par le bébé, engorgement, problèmes pour la mise au sein, tire-lait et méthodes pour tirer le lait, y compris tirage manuel, stimulation et maintien de la production de lait, stockage et manipulation du lait maternel.
- La proportion de mères et de soignants principaux de nourrissons recevant une alimentation artificielle qui ont reçu des informations à propos de l'alimentation artificielle, y compris une démonstration.
- La proportion de mères allaitantes ayant reçu un soutien pour l'allaitement maternel dès les premiers moments de l'allaitement de la part de prestataires de soins utilisant un programme structuré et évalué, avec comme norme minimale la Baby Friendly Initiative (BFI).
- Le taux d'allaitement maternel
  - a) à la sortie de l'hôpital,
  - b) à 5-7 jours,
  - c) à 10-15 jours
  - d) à 6-8 semaines et à 16 semaines
  - e) à 6 mois
- Le premier contact postnatal a eu lieu dans les premières 24 heures après l'accouchement.
- La proportion de mères ayant séjourné moins de 72 heures à l'hôpital après l'accouchement et ayant été suivies à la maison dans les 24 heures après la sortie de l'hôpital par un prestataire de soins qualifié.
- Le pourcentage de mères ayant reçu au début des soins des informations écrites et orales avec les coordonnées de prestataire(s) de soins, y compris une permanence 24 heures sur 24. La proportion de nouveau-nés pesés au moins au jour 3, au jour 5, au jour 10 à 14, à 1 mois, à 6-8 semaines.

# Annexe 3 : Exemple de parcours de soins périnataux

(source Helsloot & Walraevens, 2015)



1. Het postnatale dossier wordt opgesteld op de afdeling verloskunde, gynaecologie en neonatologie van het ziekenhuis.  
 2. Het postnatale dossier wordt opgesteld op de afdeling verloskunde, gynaecologie en neonatologie van het ziekenhuis.  
 3. Het postnatale dossier wordt opgesteld op de afdeling verloskunde, gynaecologie en neonatologie van het ziekenhuis.