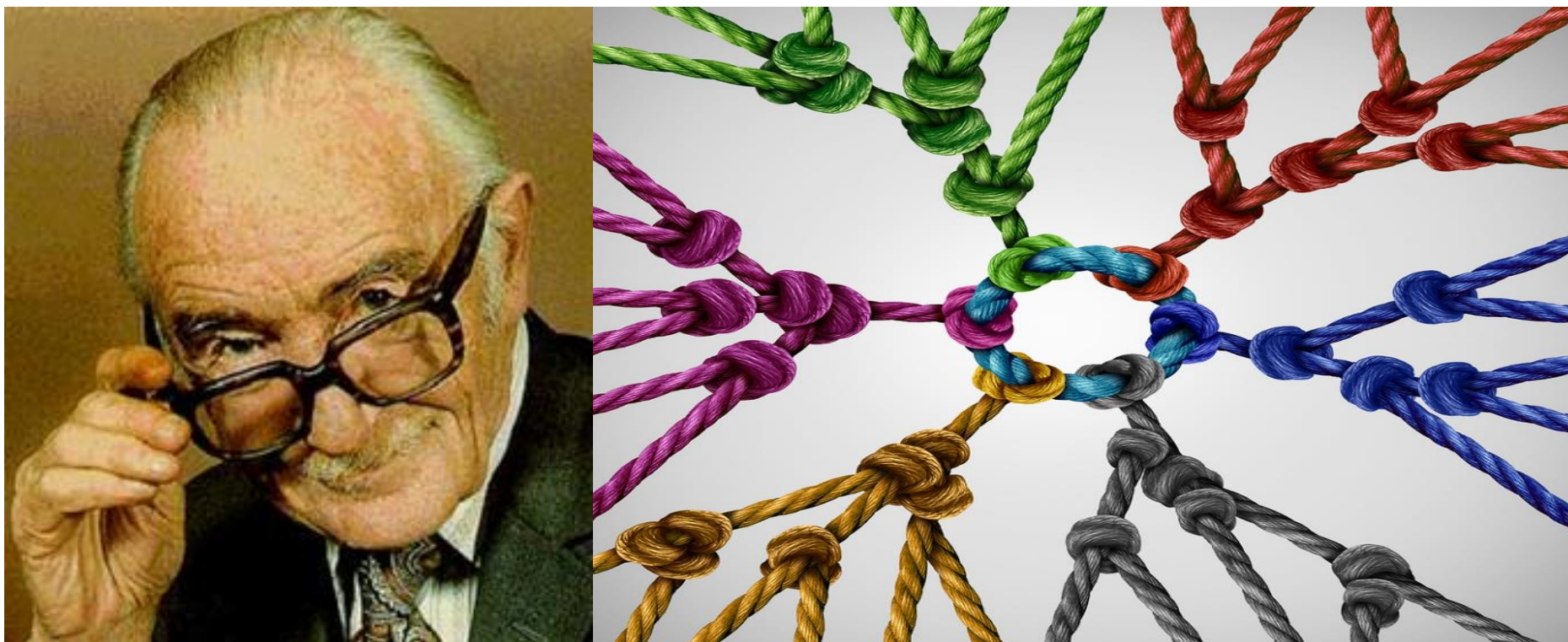


RÉSUMÉ

VERS UN PLAN INTÉGRÉ D'EVIDENCE - BASED PRACTICE EN BELGIQUE - 3E PARTIE : LANCEMENT DU RÉSEAU EBP



RÉSUMÉ

VERS UN PLAN INTÉGRÉ D'EVIDENCE - BASED PRACTICE EN BELGIQUE - 3E PARTIE : LANCEMENT DU RÉSEAU EBP

JEF ADRIAENSSENS, PASCALE JONCKHEER, KOEN VRIESACKER, MARC SONNAERT, ELS VAN BRUYSTEGEM, MARIJKE EYSSSEN



■ PRÉFACE

Déjà en 1979, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommandait de choisir les interventions de santé en se basant sur les meilleures preuves scientifiques disponibles. Aujourd'hui, la pratique fondée sur les preuves (*Evidence-based Practice* - EBP) est internationalement reconnue comme le socle inamovible de la qualité des soins. Elle mérite donc également d'être dotée d'un cadre structurel qui permette aux prestataires de soins de l'intégrer réellement dans leur pratique quotidienne.

En Belgique, bon nombre d'organisations sont actives depuis longtemps dans le développement ou la diffusion de guidelines. Mais pour que le recours à l'EBP soit plus systématique et efficient, il fallait aller un pas plus loin. En 2016, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a chargé le KCE d'élaborer un « plan fédéral EBP » afin d'aligner et de coordonner toutes les initiatives existantes. Avec comme objectif final d'accroître leur impact et, par-là, d'améliorer la qualité des soins.

Ce rapport constitue la troisième partie du travail réalisé par le KCE. À partir du plan EBP proposé dans les première et deuxième parties, il détaille l'opérationnalisation du Réseau EBP proprement dit. Au cœur de ce processus se trouve la rédaction du texte fondateur du Réseau, la « Charte de bonne gouvernance », qui décrit l'ensemble des processus de collaboration à mettre en place. Cette Charte de bonne gouvernance est aujourd'hui portée par l'ensemble du Réseau.

La nouvelle organisation commence déjà à porter ses fruits. Les premiers projets d'implémentation de guidelines ont démarré. Et malgré tous les bouleversements qu'impliquait la mise en place du Réseau, les différents partenaires qui le constituent ont maintenu leurs caps. La fréquentation des sites internet proposant du matériel et des sources EBP belge – à savoir Ebpnet.be, le CEBAM et Minerva-Ebm – a atteint un sommet en 2018, avec un quasi doublement du nombre d'utilisateurs par rapport à l'année précédente. Faire mieux connaître ces sites a nécessité la collaboration de tous les partenaires impliqués mais a probablement aussi bénéficié d'une mesure politique intelligente associant la consultation des guidelines disponibles à la prime de pratique intégrée pour les médecins généralistes.



Le vent gonfle donc les voiles du tout nouveau Réseau, mais il faudra encore consentir des efforts et des investissements supplémentaires pour que l'utilisation de l'EBP devienne « évidente » pour les dix professions de soins de 1^e ligne auxquelles le Réseau s'adresse actuellement. Et aussi pour que les patients puissent avoir accès à des informations de bonne qualité conçues expressément pour eux.

Tout ce travail n'aurait pas été possible sans la coopération et l'engagement de l'ensemble des partenaires et stakeholders du Réseau, ce dont nous les remercions sincèrement. Nous adressons aussi nos plus chaleureux remerciements à AMS-Noventus, avec qui nous avons travaillé avec acharnement pendant de longs mois pour mener à bien notre Réseau EBP.

Marijke EYSEN
Directeur Général Adjoint a.i.

Christian LÉONARD
Directeur Général a.i.



■ RÉSUMÉ

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE	1
1.	INTRODUCTION	4
1.1	LE CONCEPT D'EVIDENCE-BASED PRACTICE (EBP)	4
1.2	INITIATIVES FÉDÉRALES QUI ONT PRÉCÉDÉ CE RAPPORT	4
1.2.1	Note ministérielle.....	4
1.2.2	Modèle de gouvernance	5
1.2.3	Un réseau, trois piliers	6
2.	LANCEMENT DU RÉSEAU EBP	9
2.1.1	Charte de bonne gouvernance	9
2.1.2	Implémentation.....	10
2.1.3	Coordination	10
■	RECOMMANDATIONS.....	13



1. INTRODUCTION

1.1 Le concept d'Evidence-based practice (EBP)

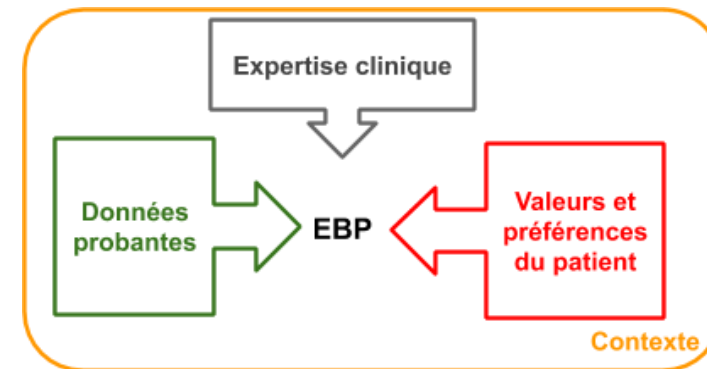
La « pratique basée sur les preuves » (*Evidence-based Practice* ou EBP) peut être définie comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves scientifiques récentes lors des choix concernant les soins de patients individuels »^a. Comme illustré dans la figure 1, pratiquer l'EBP, c'est combiner, au quotidien, trois éléments :

- sa propre **expertise clinique**, qui fait référence à l'expérience accumulée, à sa formation et à ses compétences cliniques,
- les préférences, préoccupations, attentes et valeurs de chaque **patient** individuel,
- les « preuves » ou « **données probantes** » (= *evidence* en anglais) fournies sous forme de recommandations **issues de recherches cliniques** pertinentes menées selon une méthodologie robuste et publiées dans la littérature scientifique.

On y ajoute depuis peu une dimension supplémentaire, le **contexte clinique et social**, qui permet de prendre en compte l'influence de certains facteurs sur lesquels on a peu de prise, mais qui peuvent affecter la force d'une recommandation et entraver son implémentation, comme par exemple les ressources disponibles, la culture de soins ambiante, la distribution des rôles au sein du système de santé, les possibilités de collaboration, la politique de santé, etc.

L'utilisation de l'EBP s'est largement répandue depuis le début des années 90 ; elle est actuellement **le modèle dominant d'intervention en soins de santé** presque partout dans le monde et elle est perçue comme un **aspect essentiel de la qualité des soins**.

Figure 1 – Le concept d'Evidence Based Practice



1.2 Initiatives fédérales qui ont précédé ce rapport

1.2.1 Note ministérielle

En 2016, la ministre de la santé publique a présenté une note conceptuelle stratégique visant à optimiser et à coordonner les différentes activités EBP menées en Belgique. Cette note partait du constat d'un manque de cohérence dans le développement et la diffusion des recommandations EBP, d'une insuffisance d'implémentation des guidelines existants ainsi que de la nécessité d'évoluer vers une plus grande multidisciplinarité dans l'approche des soins. La note esquissait les fondements d'un « Réseau

^a David Sackett, William Rosenberg, Muir Gray, Brian Haynes & Scott Richardson. Evidence based medicine: what it is and what it isn't [internet]. BMJ; 13 January 1996 [cited 23 May 2013]. Available from: <http://www.bmj.com/content/312/7023/71>



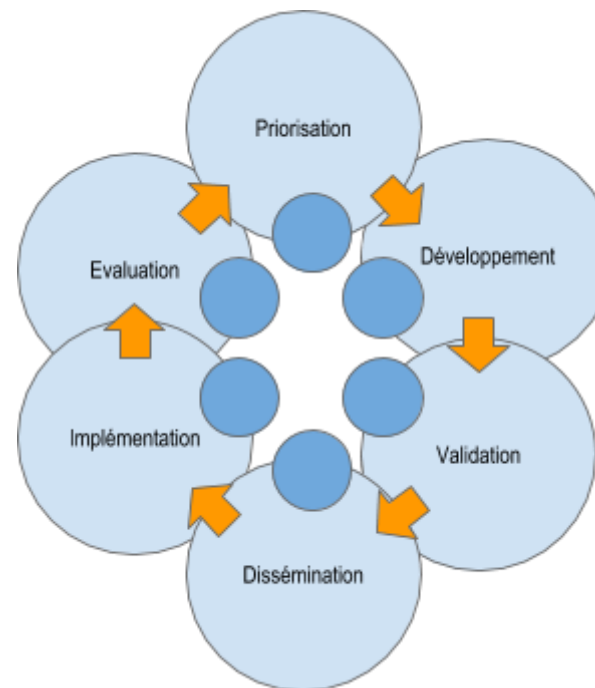
EBP » regroupant et coordonnant toutes les initiatives EBP financées au niveau fédéral, avec un objectif commun : la diffusion et l'implémentation efficaces de recommandations cliniques (et autres supports d'informations EBP comme des brochures pour les patients, des aides à la décision, des *evidence-linkers*, etc.) de haute qualité à destination des dix professions de santé de première ligne définies par Arrêté royal^b (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, podologues, dentistes, diététiciens). La note prévoyait également un portail en ligne unique servant d'interface officielle pour tous ces utilisateurs. Le KCE a été chargé de développer un modèle de gouvernance pour le réseau EBP belge à partir de cette note.

1.2.2 Modèle de gouvernance

En 2017, le KCE a publié un premier rapport ([KCE report 291](#) et [synthèse 1^e partie](#)) décrivant un **modèle de gouvernance** basé sur le concept d'organisation administrative en réseau (NAO - *Network Administrative Organisation*). Ce modèle avait été élaboré avec l'appui d'un groupe externe d'experts en gouvernance de réseaux (Antwerp Management School / Noventus). La ministre a approuvé ce modèle, avec toutefois quelques adaptations. Un cadre pluriannuel (2018-2020)^c a ensuite été établi pour les organisations EBP concernées de façon structurelle (voir plus loin).

Le modèle de gouvernance prévoit un travail en cycle de 6 phases (voir figure 2).

Figure 2 – le cycle de vie/de travail de l'EBP



^b A.R. du 12 novembre 2017 - Arrêté royal octroyant un subside à l'ASBL 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 1^{er} septembre 2017 au 31 décembre 2017 inclus. M.B. 05 Janvier 2018

^c INAMI note CSS 2017/318



- **Phase de priorisation** : sélection des sujets de guidelines à développer ou à implémenter sur la base des priorités définies par les autorités et les organismes scientifiques, en collaboration avec les représentants des dix professions de soins impliquées et les partenaires-clés du réseau EBP, sous la coordination du KCE.
- **Phase de développement** : élaboration de guidelines (ou d'autres supports d'information EBP) en collaboration avec les acteurs de terrain (p.ex. organisations scientifiques professionnelles).
- **Phase de validation** : vérification par le CEBAM de la validité méthodologique et de la qualité des guidelines (ou des autres supports d'information EBP) développés.
- **Phase de dissémination** : publication du contenu EBP validé sur le portail en ligne Ebpnet.be afin de le rendre disponible pour tous les professionnels de la santé en Belgique, tout en veillant à ce que les patients disposent également d'informations à leur attention.
- **Phase d'implémentation** : utilisation de stratégies spécifiques (dont certaines issues des sciences sociales, du marketing et de la communication) pour inciter les professionnels de la santé à utiliser les produits EBP diffusés et à les intégrer dans leur pratique.
- **Phase d'évaluation** : évaluation de l'adoption (uptake) dans la pratique de terrain des produits EBP développés par le Réseau.

1.2.3 Un réseau, trois piliers

Le fonctionnement du Réseau EBP repose sur la conjonction de **trois piliers**, avec une entité indépendante de **coordination** (Coordinateur de réseau) pour piloter, monitorer les processus et faciliter les interactions au sein du réseau.

Les trois piliers sont :

1/ Les coordinateurs des cellules du cycle de travail (Partenaires-clés ou *Core partners*) : chaque phase du cycle est attribuée à une « cellule » coordonnée par un Partenaire-clé structurel du Réseau (cercles bleu foncé dans la figure 3). Pour trois phases, l'on disposait déjà de coordinateurs confirmés pouvant assumer ces tâches :

- le Groupe de travail de développement de recommandations cliniques de 1^e ligne (WOREL) pour la phase de **développement** de guidelines (avec comme partenaire complémentaire Minerva, qui commente de manière critique des publications scientifiques récentes basées sur la méthodologie EBP). Il est également prévu de faire appel à des partenaires extérieurs sur la base d'appels d'offres ;
- le CEBAM pour la phase de **validation** ;
- Ebpnet.be pour la phase de **dissémination**, par élargissement de leur plateforme en ligne aux dix professions de santé concernées (avec comme partenaires complémentaires Minerva et la CDLH, qui gère la bibliothèque médicale en ligne).

Pour les trois autres phases du cycle, des Partenaires-clés ont été désignés:

- la phase de **priorisation** est gérée par le KCE ;
- la phase d'**implémentation** est attribuée à Ebpnet.be ;
- la phase d'**évaluation** est placée sous la responsabilité du CEBAM.



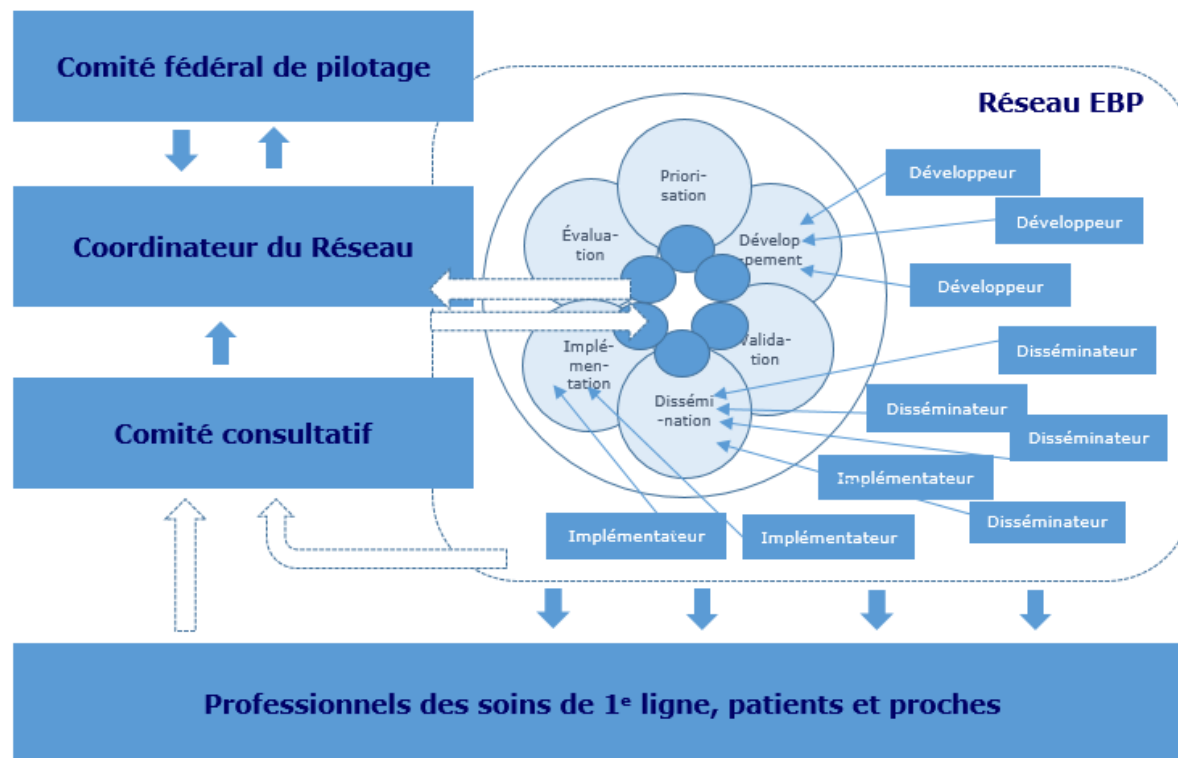
2/ Le Comité fédéral de pilotage (*Steering group*), composé de représentants de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), du Service Public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE) et du Cabinet du Ministre de la Santé publique. Le KCE et l'Agence fédérale du Médicament et des Produits de Santé (AFMPS) y siègent également en tant que conseillers. Le groupe de pilotage assure la **supervision stratégique** des activités du réseau et est responsable des **aspects financiers**.

3/ Le troisième pilier du réseau est la résultante de plusieurs **mécanismes de feedback** mis en place pour recueillir les réactions des différents acteurs impliqués dans les activités du réseau, des utilisateurs professionnels et des patients. Ce feedback est canalisé et structuré au sein d'un **Conseil consultatif (*Advisory Board*)**, composé de représentants des prestataires de soins, des patients et de leurs proches, des sociétés scientifiques, des mutualités et d'autres stakeholders de l'EBP (partenaires occasionnels, experts indépendants). La figure 3 illustre ce système de gouvernance et ses principales lignes de force.

Pour les détails de cette structuration en réseau, voir synthèse parties 1 et 2.



Figure 3 – Modèle de gouvernance du réseau EBP belge





2. LANCEMENT DU RÉSEAU EBP

En 2018, la ministre a chargé le KCE d'opérationnaliser le réseau EBP selon le modèle décrit au chapitre précédent. Cela supposait de configurer les différentes entités du modèle de gouvernance et d'élaborer tous ses processus opérationnels. L'ensemble de ces définitions et processus constituent la **Charte de bonne gouvernance**, dont l'élaboration a constitué le socle de l'opérationnalisation du Réseau.

Le **cadre financier** a également été établi. Il se base sur la décision ministérielle de travailler avec une enveloppe fixe de financement et de passer d'un financement annuel des différentes structures existantes à un cadre de financement pluriannuel pour l'ensemble du réseau.

2.1 Charte de bonne gouvernance

Le lancement effectif du Réseau EBP nécessitait que tous les processus et les procédures au sein de et entre les cellules du cycle de travail, ainsi qu'entre les cellules et les entités de gouvernance soient décrits et écrits, afin de structurer et de faciliter les interactions au sein du Réseau. Un premier travail de recherche a été effectué sur la base :

- des connaissances et de l'expertise de notre partenaire AMS-Noventus dans le domaine de la gestion de réseaux ;
- d'une recherche dans la littérature scientifique pour identifier les structures et processus performants correspondant le mieux au modèle développé ;
- des « meilleures pratiques » identifiées à l'étranger (p.ex. National Institute for Clinical Excellence - NICE).

Sur cette base, tous les acteurs potentiels ont été conviés à participer à la **rédaction de la Charte de bonne gouvernance**, afin d'inscrire l'ensemble du processus dans un esprit de confiance mutuelle, de respect et de consensus.

Cette étape de rédaction de la Charte a constitué le cœur du processus d'opérationnalisation du Réseau, tant sur le plan purement opérationnel que

par le fait qu'elle a servi de catalyseur à l'appropriation commune du projet. Au départ, tous les acteurs et utilisateurs du futur Réseau (44 organisations impliquées, voir Tableau 1) ont été invités à participer à une série d'ateliers pour réfléchir et échanger leurs vues sur les différents éléments spécifiques de la configuration du réseau (p.ex. cadre stratégique, processus de feedback...). Lors de ces ateliers, il a été fait appel à de multiples stratégies d'interaction et de communication entre acteurs du réseau, comme par exemple des discussions en petits groupes alternant avec des discussions en plénière, des groupes d'experts, etc. Les informations recueillies au cours de ces ateliers ont permis de solutionner certains problèmes de conception du réseau et de rédiger une première version de la Charte dans laquelle sont décrits tous les aspects du fonctionnement du réseau EBP (définition des différentes entités, leurs rôle et responsabilités, processus et procédures scientifiques et administratives, interactions entre entités, etc.).

Ce premier draft a été soumis, par étapes itératives, aux différents acteurs et utilisateurs, en leur demandant d'indiquer dans quelle mesure les processus décrits leur semblaient réalistes et réalisables et en les invitant à formuler leurs commentaires. Un temps considérable a été consacré à cette approche de validation et de feedback, en veillant à ce que, en fin de compte, chacun reconnaisse et accepte sa place et son rôle dans le système.

Le texte de la Charte a également été envoyé à deux reprises à un expert externe indépendant, spécialiste des questions de gestion de réseau, afin d'améliorer les chances de succès sur le plan de la gestion. Des collaborateurs du KCE non impliqués dans le lancement du Réseau EBP ont également effectué une relecture critique du texte.

Le document final a été publié en juin 2019 sur le portail d'Ebpnet.be et est en accès libre. Il est important de préciser que ce document restera « évolutif » et qu'il devra idéalement faire l'objet d'une procédure de révision annuelle.

Le lecteur intéressé peut trouver le texte complet de la Charte en français, néerlandais et anglais sur le site internet EBPracticenet (www.ebpnet.be), ainsi que dans [le rapport scientifique](#) (en anglais uniquement).



2.2 Implémentation

L'implémentation proprement dite du réseau EBP – le déploiement des concepts validés lors des feedbacks successifs – a débuté en parallèle à la rédaction de la Charte, tout en étant étroitement liée à celle-ci.

Les coordinateurs de chaque cellule du cycle de travail ont rédigé des descriptions détaillées de tous leurs processus et procédures internes (en cours au sein de leur propre cellule) et externes (à mettre en place entre les différentes cellules). Ces descriptions se trouvent dans le rapport scientifique (Annexes du rapport).

En dehors des cellules du cycle de travail, les autres structures faisant partie du réseau ont été configurées et mises en place. Certaines d'entre elles devaient être créées, comme le Comité de pilotage fédéral et le Conseil consultatif.

Toutes les entités ont donc endossé leurs rôles respectifs, tels que définis dans le modèle de gouvernance et décrits dans la Charte. Au moment de la publication du présent rapport, toutes les entités du réseau, à l'exception d'une seule (le Comité consultatif) sont établies et opérationnelles.

2.3 Coordination

Le modèle de gouvernance prévoit que le réseau EBP sera coordonné par un gestionnaire opérationnel indépendant de type NAO (Network Administrative Organisation). Une Fondation a été créée à cet effet, avec publication au Moniteur belge en date du 29 janvier 2019. Au moment de la rédaction de ce rapport, le Coordinateur du Réseau vient d'être engagé.

Dans l'attente de la mise en fonction du coordinateur indépendant, la fonction de coordination du Réseau est assurée par le KCE, en collaboration avec une équipe externe spécialisée dans les processus de gestion de réseaux (AMS-Noventus).

Étant donné que plusieurs entités étaient déjà actives avant la création du Réseau EBP, leur fonctionnement a progressivement été coordonné, soutenu et facilité. Une réunion mensuelle des Partenaires-clés a été mise en place afin de stimuler la coopération mutuelle, de discuter des avancées obtenues et de résoudre les problèmes concrets rencontrés dans le nouveau mode de fonctionnement.


Tableau 1 – Organisations impliquées dans la rédaction de la Charte de bonne gouvernance

Acronyme/Nom	Nom/Description de l'organisation
APB	Association Pharmaceutique Belge / Algemene Pharmaceutische Bond
AFMPS / FAGG	Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé / Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen
ASELF	Association Scientifique et Ethique des Logopèdes Francophones
ASFC	Association francophone des Sages-Femmes Catholiques
AXXON	Association de défense professionnelle de la kinésithérapie / Beroepsvereniging voor kinesitherapeuten
BAPCOC	Commission Belge de coordination de la politique antibiotique / Belgische commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid
Cabinet du Ministre de la Santé publique	Cabinet du Ministre de la Santé publique
CBIP / BCFI	Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique / Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
BVP-ABP	Association Belge des Podologues / Belgische Vereniging der Podologen
CDLH	Cebam Digital Library for Health
CEBAM	Centre Belge d'Evidence-Based Medicine / Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine
CEBAP	Centrum voor Evidence-Based Practice - Red Cross
Domus Medica	Wetenschappelijke en belangenvereniging van Huisartsen
EBPracticenet	Portail central de dissémination de l'EBP en Belgique
EV	Ergotherapie Vlaanderen
EVV	Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen
FBP	Fédération Belge des Podologues / Federatie van Belgische podologen
FBSP	Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs et Continus / Brusselse Federatie voor Palliatieve en Continue Zorg
FMM	Fédération des Maisons Médicales
FPZV	Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen
FWSP	Fédération Wallonne des Soins Palliatifs
FNIB Bruxelles Brabant	Fédération Nationale des Infirmières de Belgique / Nationale Federatie van Belgische Verpleegkundigen
FOD VVVL / SPS SPSCAE	Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement / Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu
G & W	Gezondheid en wetenschap



ICHO	Inter-universitair Centrum Huisarts Opleiding
LUSS	Ligue des Usagers des Services de Santé
Minerva	Association multidisciplinaire belge pour l'Evidence Based Medicine
NRKP/CNPQ	Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie / Conseil National de Promotion de la Qualité
PW&P	Platform Wetenschap en Praktijk
INAMI /RIZIV	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité / Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering
SMD	Société de Médecine Dentaire
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
SSPF	Société Scientifique des Pharmaciens Francophones
UKB	Union des kinésithérapeutes de Belgique
UPLF	Union Professionnelle des Logopèdes Francophones
UPDLF	Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française
UPSfB	Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges
VBOV	Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen
VBVD	Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten
VVT	Verbond Vlaamse tandartsen
VPP	Vlaams Patiëntenplatform
VVL	Vlaamse Vereniging voor Logopedisten
WOREL	Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn
WVVK	Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Kinesitherapeuten
KCE	Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé
AMS / Noventus	Antwerp Management School / Noventus



■ RECOMMANDATIONS^d

La pratique fondée sur les preuves (*Evidence Based Practice* - EBP) est un pilier essentiel de la qualité des soins. C'est dans cette optique qu'un Réseau fédéral EBP a été mis en place au cours des 18 derniers mois, à la demande de la Ministre de la Santé. Ce processus a créé entre les groupes professionnels et les autorités les synergies nécessaires pour soutenir cet objectif. Le Réseau EBP a le potentiel de promouvoir une réflexion et une pratique fondées sur les preuves chez les professionnels de la santé et les patients, et de contribuer ainsi à l'amélioration des soins de santé. Afin de poursuivre l'expansion de ce Réseau EBP, nous recommandons ce qui suit :

Au Ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique, et aux Services publics compétents en matière de soins de santé :

- **Étant donné que le réseau EBP est tout récent et que certains de ses éléments constitutifs sont toujours en cours de développement, il faudra encore quelques années avant qu'il atteigne sa maturité. Il est donc nécessaire de maintenir à son égard un engagement politique ferme.**
- **À l'heure actuelle, la grande majorité des guides de pratique clinique et autres supports d'information EBP présents sur le portail Ebpracticenet sont destinés aux médecins généralistes. Ce portail a été élargi en 2017 pour cibler dix professions de soins de 1^e ligne, mais le contenu à l'attention des disciplines de soins autres que la médecine générale reste encore assez limité. La masse critique de guidelines étant un facteur de succès important pour que le Réseau EBP fonctionne, nous recommandons d'investir à court terme dans l'acquisition de bases de données de guidelines à destination de ces groupes professionnels.**
- **Un certain nombre de besoins ont déjà été identifiés lors du déploiement du Réseau EBP, à la fois en termes de développement et d'implémentation de guidelines, et structurellement. Or les possibilités budgétaires actuelles sont limitées. Par exemple, les budgets disponibles permettent de prévoir quelques projets d'implémentation d'une durée 1 à 1,5 ans. Cependant, la littérature montre que des efforts d'implémentation répétés, multimodaux et à l'échelle des différentes professions sont nécessaires pour**

^d Le KCE reste seul responsable des recommandations.



augmenter les chances d'adoption d'une intervention. Par ailleurs, plusieurs guidelines attendent encore d'être implémentés. Il est important que ces besoins soient rencontrés afin de maximiser les chances de succès du Réseau EBP. Dans l'optique de la poursuite du déploiement du Réseau EBP, nous recommandons de procéder à une augmentation substantielle de son budget.

- Le Réseau EBP est actuellement prévu pour les dix professions de soins de première ligne définies ans l'Arrêté Royal du 12/11/2017 (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, podologues, dentistes, diététiciens). Nous recommandons que le Réseau EBP soit progressivement étendu aux autres professions de soins de santé, y compris les deuxième et troisième lignes de soins.

Au Ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique, aux Services publics compétents en matière de soins de santé, aux Ministres des entités fédérées compétents pour la santé et le bien-être, aux Ministres compétents pour l'enseignement et la formation, aux Universités et Hautes écoles :

- Le Réseau EBP n'est pas un projet isolé mais une structure organisationnelle intégrée dans le contexte belge des soins de santé, et fortement influencée par celui-ci. Les (conséquences des) décisions prises par les autorités constituent un élément important de ce contexte. Les autorités doivent mettre en place des structures suffisantes pour soutenir les professionnels de la santé dans l'utilisation efficace des informations EBP diffusées. C'est pourquoi nous recommandons notamment ce qui suit:
 - Premièrement, les autorités doivent accorder une attention particulière à l'accréditation ou à la reconnaissance des titres des professionnels de santé en matière de formations ou d'utilisation des informations EBP, afin de contribuer au succès des objectifs du Réseau.
 - Deuxièmement, les autorités doivent accorder une attention spécifique à la suppression des barrières structurelles et au renforcement des facteurs facilitateurs de l'utilisation de l'EBP dans les soins de santé. Une des tâches de la cellule d'implémentation est d'identifier ces barrières et facilitateurs.



- **Troisièmement, des incitants, notamment financiers, doivent également être prévus pour les 10 disciplines de soins, afin de stimuler l'adoption de l'EBP.**
- **Quatrièmement, il convient de prêter une attention soutenue à l'utilisation de l'EBP dans la formation de base et continuée des prestataires de soins, à une meilleure intégration des concepts EBP dans leurs programmes (et notamment le respect des valeurs et préférences des patients) et à un accès facile aux connaissances scientifiques pour tous les professionnels de la santé.**



COLOPHON

Titre :	Vers un plan intégré d'Evidence - Based Practice en Belgique - 3e partie : lancement du réseau EBP – Résumé
Auteurs :	Jef Adriaenssens (KCE), Pascale Jonckheer (KCE), Koen Vriesacker (AMS/Noventus), Marc Sonnaert (AMS/Noventus), Els Van Bruystegem (KCE), Marijke Eysen (KCE)
Facilitateur de projet :	Els Van Bruystegem (KCE)
Superviseur senior :	Marijke Eysen (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Karin Rondia (KCE); Gudrun Briat (KCE)
Experts externes :	Paul Gemmel (UGent), Marleen Deneff (IMPACT Advocaten)
Acteurs EBP, Stakeholders :	Bert Aertgeerts (CEBAM – Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine – Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine), Filip Ameye (RIZIV – INAMI - Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – Institut national d'assurance maladie-invalidité), Trudy Bekkering (CEBAM), Ronny Boey (VVL – Vlaamse Vereniging voor Logopedisten), Vere Borra (CEBaP – Centre for Evidence-Based Practice, Rode Kruis), Marc Bossens (RIZIV – INAMI), Geneviève Bruwier (SSMG - Société Scientifique de Médecine Générale), Peter Bruynooghe (AXXON - Beroepsvereniging voor kinesitherapeuten – Association de défense professionnelle de la kinésithérapie), Carl Cauwenbergh (RIZIV – INAMI), Thierry Christiaens (BCFI - Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie), Hanne Cloetens (WOREL - Werkgroep ontwikkeling richtlijnen eerste lijn), Samuel Coenen (BAPCOC - Commission belge de coordination de la politique antibiotique – Belgische commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid), Annelies Cools (Kabinet), Sam Cordyn (CIPIQ-s - Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité dans le domaine de la Santé), Julie Cristens (EBPracticenet), Mickael Daubie (INAMI – RIZIV - Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), Emmy De Buck (CEBaP/Rode Kruis), Raph De Caluwé (WVVK – Wetenschappelijke vereniging van Vlaamse kinesitherapeuten), Leen De Coninck (CEBAM), Julie De Groot (Domus Medica)), Geert De Loof (BCFI), Pol De Meyere (VVL), Ri De Ridder (RIZIV – INAMI), Fons De Schutter (EBPracticenet, WVVV), An De Sutter (BAPCOC), Josefine Declaye (UGIB – AUVB - Union Générale des Infirmiers de Belgique – Algemene Unie van Verpleegkundigen van België, chambre Francophone), Céline Dehaen (UPDLF - Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française), Nicole Dekker (WOREL), Nicolas Delvaux (KULeuven), Noël Derycke (FPZV – Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, palliatieve zorgen), Brenda Dierickx (Minerva), Pamela Dockier (EBPracticenet), Kurt Doms (FOD Volksgezondheid), Irina Dumitrescu (CIPIQs), Marc Eisenhuth (RIZIV – INAMI), Erik Everaert (FAGG – AFMPS - Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten – Agence fédérale des médicaments et des produits de santé), Benjamin Fauquert (CDLH – Cebam Digital Library for Health), Micky Fierens (LUSS - Ligue des usagers des services de santé), Marleen Finoulst (Gezondheidswetenschap.be), Veerle Foulon (APB - Association of Pharmacists in Belgium), Siegfried Geens (CDLH), Laure Geslin (FAGG), Alain Ghilain (RIZIV – INAMI), Regine Goemaes (VBOV - Vlaamse beroepsorganisatie van vroedvrouwen), Martine



Goossens (CEBAM), Lies Grypdonck (RIZIV-INAMI), Hilde Habraken (Farmaka), Margareta Haelterman (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Gilles Henrard (MINERVA), Claire Janssens (RIZIV-INAMI), Louise Joly (Université de Liège), Eva Kennis (VBVD - Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten), Marleen Laloup (FAGG), Jaak Lannoy (Farmaka), Dorien Lanssens (VBOV), Miguel Lardennois (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Nathalie Laus (RIZIV – INAMI), Chantal Leirs (EBP Network Coordinator), Gerlinde Lenaerts (CEBAM), Cil Leytens (Universiteit Antwerpen), Hugues Malonne (FAGG), Dominique Manhaeve (EBPracticenet), Yves Maule (UGIB, Chambre francophone), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV), Koen Milissen (EVV - Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen), Anne-Françoise Nollet (FWSP - Fédération Wallonne des Soins Palliatifs), Sara Olislagers (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Aline Ollevier (EV - Ergotherapie Vlaanderen), Lieve Peremans (Domus Medica), Wim Penninckx (FAGG), Sanne Peters (EBPracticenet), Hilde Philips (Domus Medica), Tom Poelman (MINERVA), Joris Poels (EVV), Peter Pype (FPZV), Roy Remmen (MINERVA), Marlene Reyns (VBOV), Chantal Robin (AFSFC - Association Francophone Sages-Femmes Catholiques), Nicolas Sabbe (AXXON), Jan Saevels (APB), Eli Schailleé (AXXON), Valérie Schittekatte (AUVB/UGIB, Chambre francophone), Lisa Schoenmaekers (VBOV), Pierre Seeuws (EV), Carolien Strouwen (CEBAM), Caroline Theisen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Olivier Thonon (UGIB, Chambre francophone), Clelia Trapletti (AFSFC), Dorien Van Broeck (APB), Koen Van den Bossche (PW&P - Platform Wetenschap en Praktijk), David Vandeput (WVVK), Thierry Van der Schueren (SSMG), Jacques Vanderstraeten (SSMG), Dominique Van de Velde (EV), Thérèse Van Durme (PW&P), Erika Vanhauwaert (VBVD), Katrien Van Hecke (Noventus), Stijn Vanholle (Domus Medica), Patrik Vankrunkelsven (CEBAM), Inez Van Overschelde (EBPractinenet), Hans Van Remoortel (CEBAP), Paul Van Royen (WOREL), Nele Van Tomme (FOD Volksgezondheid/SPF Santé Publique), Ann Vantournhout (Minerva, Universiteit Antwerpen), Mieke Vermandere (EBPracticenet), Ellen Vlaeyen (EVV), Mieke Walraevens (Kabinet), Ilse Weeghmans (VPP - Vlaams Patiëntenplatform), Nabila Yahiou (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Lieven Zwaenepoel (APB), Bruno Zwaenepoel (WVVK)

Remerciements :

Nadia Benahmed (KCE), Bart Cambré (AMS-Antwerp Management school), Patrick Kenis (Tilburg Universiteit), Patriek Mistiaen (KCE), Caroline Obyn (KCE), Dominique Roberfroid (KCE), Hans Van Brabandt (KCE), Wouter Van Bockhaven (AMS - Antwerp Management School), Koen Van den Heede (KCE), Steven Van den Oord (AMS-Antwerp Management School), Irm Vinck (KCE)

Intérêts déclarés :

Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine de cette étude. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Bert Aertgeerts (CEBAM, CDLH, EBPracticenet), Peter Bruynooghe (Kinesitherapeuten), Geneviève Bruwier (ULg, SSMG), Sam Cordyn (CIPIQ-s), Leen De Coninck (CEBAM, WOREL), Nicole Dekker (Domus Medica), Nicolas Delvaux (Domus Medica), Fons De Schutter (EBPracticenet vzw, WOREL), Siegfried Geens (Coördinator CDLH),



Régine Goemaes (VBOV), Margareta Haelterman (FOD Volksgezondheid, BELMIP), Tom Poelman (Minerva), Jan Saevels (APB), Eli Schailleé (AXXON), Pierre Seeuws (Ergotherapeuten (Ergotherapie Vlaanderen beroepsvereniging), Stijn Vanholle (Domus Medica, AADM: artsensyndicaat), Patrik Vankrunkelsven (Gezondhedenwetenschap.be, CEBAM), Paul Van Royen (Universiteit Antwerpen, Domus Medica), Mieke Vermandere (EBPracticenet), Lieven Zwaenepoel (APB)

Propriétaire de parts de capital, d'options, d'actions ou d'autres instruments financiers : Pierre Seeuws (EV)

Titulaire de droits de propriété intellectuelle (brevet, promoteur d'un produit, copyrights, marques déposées, etc.) : Leen De Coninck (Meerdere richtlijnen), Nicole Dekker (WOREL – handboek via werkgroep opgesteld over proces van richtlijnontwikkeling)

Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Sam Cordyn (Richtlijnen van CIPIQ-s), handboeken die vooral gebruikt worden door de studenten), Tom Poelman (Minerva), Eli Schailleé (Vergoeding van AXXON om in hun naam deel te nemen), Paul Van Royen (Publicaties ivm richtlijnen), Lieven Zwaenepoel (Apotheekgids angst, slaap en kalmeermiddelen)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Bert Aertgeerts (KCE ELMO Study PI), Bart Cambre (PhD onderzoek organisatienetwerken, boek organisatienetwerken), Leen De Coninck (PhD OT en Trial oudere personen), Nicolas Delvaux (ELMO study gefinancierd door KCE Clinical Trials Program), Paul Gemmel (Projecten in het kader van het Steunpunt SWVG), Régine Goemaes (PhD-onderzoek mbt advanced practice nursing and midwifery), Dorien Lanssens (PhD studie naar de toegevoegde waarde van telemonitoring in hoogrisico zwangerschappen (UHasselt)), Carolien Strouwen (Happy ageing- wetenschappelijke medewerker project Alma care), Thérèse Van Durme (Coördinator wetenschappelijke evaluatie projecten geïntegreerde zorg), Erika Vanhauwaert (Eigen onderzoek aan UCLL gefinancierd door UCLL, attitudes, kennis en toepassingen van evidence-based handelen in de diëtpraktijk in België), Lieven Zwaenepoel (ICAROS - thereapietrouw bij osteoporose (opdrachtgever APB), SIMENON-medicatie nazicht bij polymedicatie(opdrachtgever APB))

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 : Paul Gemmel (Onderzoeksprojecten via bijvoorbeeld FWO of Universiteit Gent (BOF))

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Stijn Vanholle (Domus Medica: ontwikkeling/verdelen EBP richtlijnen), Mieke Vermandere (Directeur EBPracticenet), Lieven Zwaenepoel (APB)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Bart Cambre (Spreker academische en professionele symposia), Leen De Coninck (Meerdere in-servicetrainingen en CEBAM vormingen), Nicole Dekker (Opleiding richtlijnontwikkeling), Paul Gemmel (frequente presentaties, Spreker studiedag Zorgnet-Icuro), Margareta Haelterman (Cursus CIMM (ULB) ziekenhuishygiëne (ULB), cursus CIMQES), Joris Poels (Gedeeltelijke reisvergoedingsubsidie voor deelname aan



European Union Falls Festival Congres 2018), Thérèse Van Durme (Platform W&P), Lieven Zwaenepoel (Cardio 2017, IFB, éénlijn.be)

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 : Bert Aertgeerts (CEBAM, CDLH), Peter Bruynooghe (Voorzitter AXXON, PTIB), Bart Cambre (Voorzitter Sterpunt inclusief ondernemen), Leen De Coninck (Coördinator cel-opleiding CEBAM), Nicole Dekker (WOREL), Nicolas Delvaux (Coördinator decision support EBPracticenet), Fons De Schutter (EBPracticenet vzw), An De Sutter (Voorzitter werkgroep ambulante praktijk BAPCOC, lid raad van bestuur Minerva vzw), Siegfried Geens (Coördinator CDLH), Tom Poelman (Minerva), Pierre Seeuws (Wij hebben een EBP-informatie- en dissematie-cel die de resultaten wil verspreiden in het werkveld), Thierry Christiaens (BCFI/CBIP is uitvoerder voor geneesmiddelenpijler FAGG), Paul Van Royen (Decaan faculteit Geneeskunde en Gezondheidsnet, Universiteit Antwerpen), Mieke Vermandere (Directeur EBPracticenet), Lieven Zwaenepoel (Ondervoorzitter APB)

Autres intérêts possibles qui pourraient mener à un potentiel ou réel conflit d'intérêts : Bert Aertgeerts (Op zoek naar een betere gezondheid), Pierre Seeuws (Educatie –informatie-dissematie van EPB maakt deel uit van de missie van Ergotherapie Vlaanderen)

Layout :

Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Finally, 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 :

9 juillet 2019

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Evidence-Based Practice, Organization and Administration, Quality of Health Care, Implementation Science

Classification NLM :

WB 102.5 (evidence-based practice)

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)



Dépot légal :

D/2019/10.273/46

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, Jonckheer P, Vriesacker K, Sonnaert M, Van Bruystegem E, Eysen M. Vers un plan intégré d'Evidence - Based Practice en Belgique - 3e partie : lancement du réseau EBP – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 317Bs. D/2019/10.273/46.

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