Commission pour les objectifs de soins de santé

Rapport de juin 2026

Cet avis est souscrit par les membres de la Commission pour les objectifs des soins de santé à titre personnel et n'engage pas les organisations auxquelles ils appartiennent.

Table des matières

1 Introduction 3

2 Processus 4

2.1 Composition et mode de fonctionnement : principes 4

2.2 OSS1 (données) et OSS2 (efficacité) 4

2.3 OSS3 (organisation multidisciplinaire des soins et harmonisation des différentes lignes de soins) 5

2.4 OSS5 (accessibilité) 5

2.5 OSS7 (prévention) 6

3 Formulation d'objectifs spécifiques en matière de santé : principes généraux 7

3.1 Lien avec les objectifs de santé interfédéraux et avec le « Sextuple Aim » 7

3.2 La répartition des compétences en Belgique 8

3.3 Long terme et court terme, OSS et indicateurs 9

3.4 Cohérence entre les différents OSS 9

3.5 Incidences budgétaires et évaluation a posteriori 10

4 Meilleure utilisation des données (OSS1) / Augmentation de l'efficatité (OSS2) 11

4.1 Introduction générale 11

4.2 Objectif de soins de santé 1 – Meilleure utilisation des données 14

4.3 Objectif de soins de santé 2 - Augmentation de l'efficacité. 26

4.4 Glossaire 37

5 Meilleure organisation des soins de première ligne et harmonisation des différentes lignes de soins (OSS3) 38

5.1 Introduction 38

5.2 Les besoins du patient/demandeur de soins : objectifs de vie individuels et collaboration interprofessionnelle 39

5.3 Modèle organisationnel : pratiques médicales de première ligne, réseaux de soins de première ligne et zones locorégionales 43

5.4 Prévention et gestion de la santé de la population 53

5.5 Financement 54

5.6 Conditions nécessaires 55

5.7 Obstacles et mesures transitoires 59

6 Meilleure accessibilité des soins (OSS5) 61

6.1 La structure des tickets modérateurs 62

6.2 Le montant des dépenses personnelles 66

6.3 Une vision plus large de l'accessibilité 67

7 Prévention (OSS7) 68

7.1 Une vision 70

7.2 Collaboration entre les niveaux de décision 71
7.3 Soutien aux soins de première ligne lors de la mise en œuvre des stratégies de prévention 72
7.4 Renforcer et exploiter les données pour suivre et orienter la prévention 74
7.5 Modèles de financement innovants et incitations financières 76
8 Perspectives d'avenir 78
8.1 Suivi 78
8.2 Évaluation ex post 78
8.3 Rôle futur des groupes de travail 78
8.4 Aspects budgétaires 79
8.5 Alignement sur les objectifs interfédéraux en matière de santé 79
8.6 Représentation des institutions fédérées 79
8.7 Procédure de consultation 80
9 ANNEXE I. EXPERTS CONSULTÉS OSS3 81
10 ANNEXE II. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL PRÉVENTION 82
11 ANNEXE III. ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS DE SANTÉ EN BELGIQUE 83
12 ANNEXE IV. DÉPENSES PERSONNELLES EN BELGIQUE : L'APPROCHE DE L'OCDE 88
12.1 Introduction 88
12.2 Qu'entend-on par dépenses personnelles ? 90
12.3 Comptes de la santé 91
12.4 Calcul dépenses personnelles 92
12.5 Corrections par le SPF Sécurité sociale 96
12.6 Quelques chiffres sur les dépenses totales et les dépenses personnelles 98
13 REFERENCES 102

1 Introduction

Le 5 mai 2025, le Conseil général a défini les objectifs prioritaires en matière de santé sur lesquels la politique de cette législature devrait se concentrer. Sur la base de l'avis rendu en avril 2025 par la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (ci-après en abrégé « COSS »), cinq objectifs prioritaires en matière de santé ont été mis en avant :

- OSS1. Meilleure utilisation des données
- OSS2. Augmentation de l'efficacité
- OSS3. Meilleure organisation des soins de première ligne et harmonisation des différentes lignes de soins
- OSS5. Meilleure accessibilité aux soins
- OSS7. Accroître les efforts en matière de prévention et de dépistage

La décision de choisir l'OSS3 comme objectif prioritaire a été en partie motivée par le fait que cet objectif offre des leviers permettant d'intégrer indirectement les objectifs qui n'ont pas été retenus comme prioritaires. Il s'agit principalement de l'OSS4 (soins centrés sur la personne) ; de l'OSS6 (réforme des professions de la santé) et de l'OSS8 (soins dentaires et bucco-dentaires, santé mentale).

Étant donné que, dans l'avis rendu par la COSS en avril 2025, les objectifs de santé étaient encore décrits en termes relativement généraux, la mission la plus urgente de cette dernière a été définie comme étant la formulation d'objectifs plus spécifiques (et, dans la mesure du possible, d'indicateurs associés) qui donnent un contenu plus concret aux objectifs de santé.
. Il a également été décidé de confier l'élaboration des deux OSS « de soutien » (OSS1 et OSS2) à l'administration de l'INAMI. L'évaluation des progrès réalisés dans ces domaines continuerait toutefois de relever de la responsabilité de la COSS. Étant donné que les objectifs relatifs à l'efficacité des soins (OSS2) et à l'utilisation des données (OSS1) s'inscrivent parfaitement dans le plan stratégique « Appropriate Care 2026–2027 », qui vise à structurer de manière intégrée les leviers permettant d'améliorer la pertinence et l'efficacité des soins, ce choix a permis d'assurer une meilleure cohérence entre ces documents stratégiques. La mise en œuvre des trois autres objectifs (OSS3, OSS5 et OSS7) devrait être assurée par la COSS. À cette fin, il est prévu de faire appel à des groupes de travail constitués ad hoc.

Le présent avis présente les résultats de cet exercice. Nous décrivons tout d'abord le processus suivi lors de l'élaboration de l'avis. Nous abordons ensuite quelques considérations générales, avant d'examiner successivement les différents objectifs en matière de soins de santé. Enfin, nous évoquons le calendrier des travaux de la COSS pour les mois à venir.

En principe, la COSS aurait dû remettre, au plus tard le deuxième lundi d'octobre 2025, un rapport sur la conformité de la proposition budgétaire du Comité de l'assurance avec les objectifs prioritaires en matière de soins de santé. Ce rapport aurait pu servir de premier test préliminaire du cadre d'évaluation proposé. Le Comité de l'assurance n'ayant pas formulé de proposition en octobre 2025, cette mission confiée à la COSS a été annulée.

2 Processus

Les membres de la COSS ont des parcours disciplinaires variés et ne possèdent pas tous les mêmes compétences dans tous les sous-domaines des soins de santé – et ne sont donc pas non plus compétents pour évaluer tous les OSS spécifiques. Il était donc judicieux de faire appel à une expertise externe. Des groupes de travail ont été constitués (pour les OSS3, OSS5 et OSS7) avec la mission suivante :

1. Recenser les recherches scientifiques existantes concernant les OSS formulés (tant au niveau international qu'en Belgique). Il est important à cet égard de décrire les informations scientifiques disponibles qui relient l'objectif de santé en question aux résultats visés. Il ne s'agit pas seulement des objectifs de santé, mais de toutes les dimensions du « Quintuple Aim » (ou « Sextuple Aim », si l'impact environnemental est également pris en compte (Alami et al. 2023)).
2. Sur cette base, il convient de formuler de manière plus claire et plus précise l'OSS, dont la formulation est encore assez abstraite et générale, en fixant des *cibles*concrètes et spécifiques.
3. Propositions d'indicateurs susceptibles d'être utilisés pour rendre l'objectif opérationnel : de préférence et dans la mesure du possible quantitatifs, en tout cas spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes et liés à un calendrier détaillé.

2.1 Composition et mode de fonctionnement : principes

Les travaux des groupes de travail ont été coordonnés avec ceux de la COSS. Tous les groupes de travail comptaient des membres de la COSS parmi leurs participants. Leurs présidents étaient des membres de cette dernière possédant une expertise pertinente dans le domaine de l'OSS concerné. L'objectif des groupes de travail (et de la COSS) n'est pas de faire des choix politiques, mais bien de recueillir des données *probantes* sur l'application de l'OSS. Lors de la composition des groupes de travail, l'objectif était donc d'assurer une présence aussi large que possible d'experts universitaires, tout en veillant à une participation suffisante d'experts de terrain. Cela a permis de réunir deux types d'expertise complémentaires : l'expertise universitaire et la connaissance concrète du terrain. Tous les rapports et propositions des groupes de travail ont été communiqués à l'ensemble de la Commission COSS. Le texte final de cet avis est donc un avis de la COSS.

2.2 OSS1 (données) et OSS2 (efficacité)

L'élaboration des objectifs pour l'OSS1 et l'OSS2 a été confiée à l'administration de l'INAMI. Quelques membres de la COSS (Gilbert Bejjani, Robby De Pauw, Martin Desseilles, Chantal Mathieu) ont participé à la phase initiale des préparatifs, mais l'initiative a ensuite été entièrement prise en charge par l'INAMI. Mickaël Daubie a pris en charge la coordination des travaux. Aucun groupe de travail n'a donc été créé pour ces deux objectifs. Comme décrit au Chapitre 4, l'INAMI a collaboré étroitement avec d'autres administrations publiques concernées.

Les travaux et les propositions de l'INAMI font toutefois l'objet d'un retour d'information vers la COSS et sont discutés au sein de celle-ci. En outre, la COSS reste responsable de l'évaluation des progrès réalisés. Cet aspect est particulièrement crucial compte tenu du chevauchement important de ces deux objectifs avec les autres OSS, ce qui rend la coordination absolument indispensable.

2.3 OSS3 (organisation multidisciplinaire des soins et harmonisation des différentes lignes de soins)

La décision de choisir l'OSS3 comme objectif prioritaire a été en partie influencée par le fait que cet objectif offre des leviers permettant d'intégrer indirectement les objectifs qui n'ont pas été retenus comme prioritaires. Cela concerne principalement l'OSS4 (soins centrés sur la personne) ; l'OSS6 (réforme des professions de la santé) et l'OSS8 (soins dentaires et bucco-dentaires, santé mentale). Il en résulte que l'élaboration de l'OSS3 dépasse les capacités d'un seul groupe de travail restreint. Il a donc été décidé de travailler avec un noyau restreint de membres de la COSS, tout en invitant des experts spécifiques à venir présenter des exposés sur certains sous-thèmes. Le groupe de travail se composait d'Erik Schokkaert (président), Gilbert Bejjani, Jean-Luc Belche, Margot Cloet, Raf Meesen, Michael Storme, Nathan Wittock (tous membres de la COSS), ainsi que de Kristel De Vliegher (Croix Jaune et Blanche) en tant qu'experte invitée.

En vue de leur participation, les intervenants externes ont été informés de l'objectif de leur contribution. Il leur a été demandé de présenter des propositions concrètes, fondées sur des *preuves*, pour des objectifs spécifiques et (dans la mesure du possible) des indicateurs. La liste complète des intervenants et des thèmes abordés figure à l'annexe I du présent avis.

Le groupe de travail (principal) a délibéré sur le contenu de ces exposés et en a intégré les grandes lignes dans sa série de recommandations. Ces recommandations ont ensuite été soumises à l'ensemble de la commission COSS. Les experts invités ont également eu la possibilité de réagir aux premiers textes. Leurs remarques ont été prises en compte lorsqu'elles ont été jugées pertinentes par la COSS. Toutefois, les experts ne sont pas responsables de ce texte, qui relève de la responsabilité exclusive de la COSS.

2.4 OSS5 (accessibilité)

Le groupe de travail mis en place pour l'OSS5 (accessibilité) était lui aussi principalement composé de membres de la COSS, sous la présidence de Carine Van de Voorde, et incluait également Nicolas Bouckaert, Sofie Callens, Elise Derroitte, Samira Ouraghi, Nicolas Rossignol et Erik Schokkaert. Raf Van Gestel (KU Leuven), qui n'est pas membre de cette Commission, a été invité à rejoindre le groupe. Wouter Spruyt a assisté aux réunions au nom de l'INAMI.

Les travaux prévus par ce groupe de travail (élaboration d'objectifs concrets conformes à l'avis émis par la COSS en avril 2025) ont été interrompus par la demande formulée en décembre 2025 par le ministre Frank Vandenbroucke, qui souhaitait obtenir un avis sur un projet d'augmentation du ticket modérateur pour les prestations médicales. Cette demande s'inscrivait dans le cadre de l'accord budgétaire 2026, dans lequel le gouvernement avait décidé, en décembre 2025, pour des raisons budgétaires, d'augmenter les tickets modérateurs d'un montant annuel de 125 millions d'euros. Après quelques concertations, la COSS a accepté cette mission et sa mise en œuvre concrète a été confiée au groupe de travail précité.

Ce groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises au cours du processus, tant en présentiel qu'en ligne. Sur la base de ces discussions, un texte provisoire a été rédigé, puis soumis à la COSS pour examen et validation. La version définitive de l'avis de la COSS a été remise au ministre début mai 2026 et a été examinée lors de la réunion du Comité de l'assurance du 11 mai et du Conseil général du 18 mai 2026. Un résumé des principes fondamentaux de cet avis figure plus loin dans le présent texte.

Les travaux relatifs aux tickets modérateurs ont pris beaucoup de temps. Il n'a donc été possible de se concentrer que sur un seul autre objectif spécifique : le suivi du montant des dépenses personnelles des patients dans le cadre de l'assurance maladie belge.

2.5 OSS7 (prévention)

Lors de l'élaboration de cet OSS, il a fallu tenir compte, en particulier, de la répartition des compétences entre les entités fédérales et fédérées, ce qui rend nécessaire la mise en place d'accords de coopération clairs entre les différents niveaux de pouvoir. Cela se reflète dans la composition du groupe de travail, présidé par Brecht Devleesschauwer et composé, outre un nombre restreint de membres de la COSS (Johan Bilsen, Robby De Pauw, Samira Ouraghi, Erik Schokkaert), principalement de membres représentant de manière adéquate le paysage de la prévention au niveau des entités fédérées. Cela a permis de mettre en valeur la diversité des perspectives et des approches au sein de la Belgique. Par ailleurs, le groupe de travail a également été complété par des universitaires afin d'apporter des connaissances techniques supplémentaires. La composition complète du groupe de travail figure à l'annexe II du présent avis.

Le groupe de travail a dans un premier temps procédé à une analyse approfondie du contexte, en examinant le rôle que joue l'INAMI dans le paysage plus large de la prévention. Parallèlement, un état des lieux de la situation sanitaire actuelle en Belgique a été dressé, en accordant une attention particulière aux principaux défis et aux besoins prioritaires sur lesquels les préventions primaire et secondaire peuvent avoir un impact significatif (Vanrumste, H., Hemeryck, J., Schmidt, M., De Pauw, R. and Devleesschauwer, B. 2026). En complément de l'approche nationale, une expertise internationale a également été activement sollicitée, grâce à un contact avec Ardine de Wit, de l'Institut national néerlandais pour la santé publique et l'environnement (RIVM). En parallèle, tous les thèmes n'ont pas pu être abordés de manière aussi détaillée – cela vaut en particulier pour la santé mentale, les soins dentaires et bucco-dentaires, ainsi que la dimension sociale de la santé et du bien-être, notamment la violence envers les enfants.

Les discussions au sein du groupe de travail ont abouti à une série de recommandations qui ont reçu le soutien de l'ensemble de la commission COSS. Comme dans le cas de l'OSS3, les membres du groupe de travail et les experts invités ne sont pas responsables du texte final du présent avis.

3 Formulation d'objectifs spécifiques en matière de santé : principes généraux

Avant de passer à une analyse plus détaillée des différents objectifs prioritaires en matière de soins de santé, nous abordons quelques principes généraux importants, qui s'appliquent à l'ensemble de l'avis.

3.1 Lien avec les objectifs de santé interfédéraux et avec le « Sextuple Aim »

Dans l'idéal, il existe une hiérarchie entre les objectifs de santé interfédéraux (OS) et les objectifs de soins de santé (OSS) tels qu'ils sont formulés par la COSS. Un objectif en matière de santé vise à améliorer la santé de la population et à accroître la performance et l'efficacité générales de la politique de santé au sens large, c'est-à-dire en tenant compte de la qualité de vie dans ses différentes dimensions. Il s'agit d'objectifs stratégiques à long terme. Les objectifs en matière de soins de santé sont quant à eux des objectifs plus opérationnels. Ils visent à mettre en œuvre les OS spécifiques par le biais d'interventions ciblées dans les processus de soins et les structures de soins. Cela implique bien entendu qu'une attention particulière soit également accordée aux situations spécifiques dans lesquelles les résultats du système de soins posent problème au regard des objectifs formulés.

Les objectifs de santé interfédéraux actuels ont été définis par la Conférence interministérielle Santé publique (avril 2024). Ils s'articulent autour de trois grands objectifs de santé (OS) :

1. Allonger la durée de vie en bonne santé
2. Réduire les inégalités de santé
3. Garantir un environnement de vie le plus sain possible.

Ces objectifs sont formulés en termes généraux et font actuellement l'objet d'une opérationnalisation plus poussée et d'une formulation selon les critères SMART (spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes et assortis d'un calendrier détaillé) par le groupe de travail technique du GTI « Prévention » de la CIM Santé publique. Tant que cette phase n'est pas terminée, l'écart entre les OS fixés et les OSS opérationnels attendus de la COSS restera important. Les OS généraux peuvent certes tracer une orientation générale, mais guère plus. Dans les objectifs en matière de soins de santé relatifs à la prévention, nous avons toutefois rendu le lien avec l'OS1 plus explicite en mettant l'accent sur les groupes de maladies prioritaires et les principaux facteurs de risque.

Le législateur belge a d'ailleurs expressément défini une vision globale de ces objectifs, qui tient compte non seulement de la santé générale de la population, mais aussi des autres éléments du Quintuple Aim (équité et accessibilité, rapport coût-efficacité, qualité perçue des soins, bien-être des professionnels de santé) et de la durabilité écologique. L'ajout de ce dernier élément donne lieu à la terminologie « Sextuple Aim » (Alami et al. 2023). Dans cette optique, la performance du système de soins de santé doit être évaluée en fonction des différents éléments du Sextuple Aim. Lorsqu'il existe un écart entre le résultat souhaité pour ces objectifs et les performances réelles, il convient de formuler des objectifs de soins santé visant à réduire, voire à éliminer, cet écart.

Plusieurs des propositions et indicateurs élaborés ont un impact direct sur les différents volets du « Sextuple Aim », mais il n'est pas toujours facile de l'évaluer concrètement. On accorde toutefois (pour l'instant) relativement peu d'attention à l'impact écologique des soins de santé. Cet aspect devra sans doute faire l'objet d'une attention accrue à l'avenir, notamment lors de la définition des priorités par le Conseil général.

3.2 La répartition des compétences en Belgique

En principe, tous les niveaux de pouvoir, tant fédéral que fédéré, devraient partir d'un même OS élaboré par consensus, les OSS qui en découlent devant ensuite être définis au niveau des entités fédérées, conformément à leurs propres compétences. Les OSS, telles que proposés par la COSS et adoptés par le Conseil général, ont alors pour objectif d'orienter la prise de décision au niveau fédéral.

Dans la pratique, cette répartition des tâches n'est toutefois pas univoque, car il existe de nombreux chevauchements entre les différentes compétences. Ce problème est général, mais il est particulièrement aigu en ce qui concerne les objectifs en matière de soins de santé liés aux soins de première ligne et à la prévention. Il devient d'ailleurs encore plus aigu si l'on tient compte de l'évolution souhaitable vers un concept large de santé et de bien-être individuel, intégrant les objectifs de vie des personnes, ainsi que de la nécessité qui en découle de mener une politique de santé qui dépasse le cadre étroit du secteur des soins de santé. Bon nombre des instruments de politique destinés à une telle approche de « *health in all policies* » (la santé dans toutes les politiques) se situent au niveau des entités fédérées.

Si la COSS se concentrait uniquement sur des OSS spécifiques relevant entièrement de la compétence de l'INAMI et ayant en soi un effet direct sur le « Sextuple Aim », cela conduirait à une réduction inintéressante de la portée de la politique. En effet, il existe également des mesures qui relèvent de la compétence de l'INAMI, mais qui ne peuvent avoir d'effets positifs que si les entités fédérées créent des conditions-cadres favorables. D'autre part, il existe également des mesures qui relèvent de la compétence des entités fédérées, mais pour lesquelles la politique fédérale doit apporter le soutien nécessaire. Il faudra donc accorder une attention constante à la collaboration entre les pouvoirs publics aux différents niveaux.

La forme concrète de cette collaboration indispensable variera d'un OSS à l'autre. En effet, sa mise en œuvre dépend de nombreux facteurs juridiques et politiques qu'il était impossible de prendre en compte dans le présent avis. Nous sommes notamment confrontés ici aux différences déjà existantes en matière de priorités et de plans d'action entre les différentes entités fédérées. Voilà pourquoi nous ne nous penchons pas, dans le présent avis, sur les questions relatives à la répartition concrète des compétences. Nous nous concentrons exclusivement sur les domaines dans lesquels la politique de l'INAMI peut avoir un impact, mais nous ne voulons en aucun cas suggérer que la compétence pour la mise en œuvre des OSS que nous proposons relèverait entièrement du niveau fédéral. Au contraire, nous continuons à souligner qu'une politique efficace exige une collaboration constructive entre les différents niveaux de décision.

Une mesure concrète visant à structurer cette collaboration consiste à organiser une représentation formelle des entités fédérées, avec voix consultative, tant au sein du Conseil général que de la COSS. Cela permettrait de rationaliser la communication et la coordination entre les différents niveaux de décision et contribuerait à une politique plus cohérente et plus efficace. Cette représentation est prévue dans le cadre juridique actuel et devrait être mise en œuvre dès que possible.

OSS0a. La collaboration avec les entités fédérées est renforcée et structurée, notamment par leur représentation officielle au sein du Conseil général et de la COSS.

3.3 Long terme et court terme, OSS et indicateurs

Les objectifs en matière de soins santé sont des objectifs opérationnels qui peuvent être poursuivis à relativement court terme. Dans le calendrier défini par la loi, ils s'appliquent à une seule législature. Toutefois, il s'agit d'un horizon (beaucoup) trop court pour mener à bien les réformes fondamentales que la COSS considère comme essentielles. Une focalisation trop exclusive sur le court terme peut également avoir pour conséquence que les mesures politiques ne soient pas suffisamment guidées par une vision à long terme. Certains OSS mis en avant dans le présent avis doivent donc être considérés comme des orientations à plus long terme, tandis que d'autres peuvent être réalisés dans les prochaines années. Le présent avis formule d'ailleurs un grand nombre d'OSS. Il appartient aux décideurs politiques d'établir des priorités, en tenant également compte de la faisabilité.

Dans la mesure du possible, des indicateurs concrets sont associés aux OSS dans le présent avis. Il s'agit là d'un exercice délicat. Il est parfois impossible de formuler des objectifs quantitatifs et l'indicateur se résume alors à déterminer si la réforme a été mise en œuvre ou non (oui/non). Dans d'autres cas, des indicateurs quantitatifs sont effectivement proposés, mais il convient d'y prêter suffisamment attention pour éviter qu'ils deviennent des objectifs en soi, la recherche de meilleures valeurs pour ces indicateurs venant alors en partie supplanter la recherche de meilleurs résultats fondamentaux. Une bonne information qualitative peut être tout aussi utile (voire plus utile) qu'une information quantitative restrictive.

Un autre point sensible éventuel concerne la disponibilité des données nécessaires au calcul des indicateurs proposés. Dans certains cas, les informations peuvent être déduites de fichiers déjà disponibles, ou les données existantes permettent au moins d'obtenir des approximations utiles. Dans d'autres cas, cependant, des informations supplémentaires doivent être collectées. Parfois, la collecte de ces informations n'a de sens ou n'est possible qu'après la mise en œuvre de mesures politiques spécifiques. Dans ces cas-là, cet aspect de la collecte de données devrait déjà être prévu lors de l'élaboration de la nouvelle politique. C'est également une condition nécessaire pour permettre une évaluation a posteriori. Dans tous les cas, il faut éviter que la collecte d'indicateurs entraîne une augmentation de la charge administrative pour les prestataires de soins.

Les indicateurs proposés dans le présent avis doivent donc être considérés comme provisoires et indicatifs. Leur mise en œuvre concrète sera précisée dans un avenir proche. Cela revêt d'ailleurs moins d'importance que la formulation des objectifs en matière de soins de santé eux-mêmes. Les indicateurs ne sont que des outils qui ne doivent pas détourner l'attention des choix politiques plus fondamentaux.

3.4 Cohérence entre les différents OSS

Alors que les textes établissent une distinction claire entre les différents OSS, il existe bien sûr, dans la réalité, de nombreux chevauchements. C'est le cas, par définition, pour les OSS1 et OSS2 transversaux et leur lien avec le plan stratégique « Appropriate Care ». Une utilisation adéquate des données et la recherche de soins appropriés sont essentielles pour la réforme des soins de première ligne (OSS3), pour les mesures visant à garantir l'accessibilité des soins pour tous (OSS5) et pour l'élaboration et la mise en œuvre de mesures préventives (OSS7). Mais cela vaut certainement aussi, de manière générale, pour l'OSS5 : dans toutes les réformes, l'accessibilité des soins doit constituer une condition préalable importante. Nous soulignons ici ces principes généraux afin de ne pas devoir mentionner

explicitement le même point à chaque fois lors de la description de (pratiquement tous) les OSS spécifiques.

Il existe bien sûr également des chevauchements entre les différents OSS. Ainsi, la réforme des soins de première ligne est essentielle pour une politique de prévention plus adéquate et, si elle est correctement mise en œuvre, elle rendra également les soins plus accessibles aux groupes vulnérables. Les différents OSS décrits dans les sections suivantes doivent donc toujours être considérés dans leur contexte global.

3.5 Incidences budgétaires et évaluation a posteriori

Dans le présent avis, nous n'approfondissons pas la question du coût des mesures nécessaires à la mise en œuvre des OSS proposés. Cela s'explique non seulement par un manque de temps, mais aussi par le fait que l'évaluation de mesures politiques spécifiques ne fait pas partie des missions principales de la COSS. Nous sommes évidemment conscients que mener une politique innovante en période de forte contrainte budgétaire n'est pas une tâche aisée. Cela ne diminue toutefois pas l'utilité, voire la nécessité, de formuler des objectifs en matière de soins de santé. À cet égard, au moins quatre considérations pertinentes peuvent être formulées :

1. Même lors du choix des mesures d'économie, il convient de tenir compte des objectifs de la politique, ne serait-ce que pour faire des choix qui causent le moins de préjudice possible. C'est dans cette optique qu'il convient de lire l'avis intermédiaire de la COSS concernant l'augmentation des tickets modérateurs.
2. Certains des OSS proposés peuvent être mis en œuvre sans entraîner de coûts supplémentaires.
3. Il est également possible de procéder à des réaffectations au sein des différents postes de dépenses. Si les efforts en faveur de soins efficaces (OSS2) conduisent à une réduction des dépenses, la marge budgétaire ainsi créée devrait de préférence être utilisée pour des initiatives contribuant à la réalisation des OSS.
4. Comme indiqué plus haut, certains OSS doivent être considérés comme des objectifs à long terme. Même s'ils ne peuvent être atteints immédiatement, une orientation à long terme reste néanmoins utile.

La prise de conscience des contraintes budgétaires rend d'ailleurs d'autant plus importante la bonne préparation des nouvelles initiatives, mais aussi leur évaluation a posteriori, tant en ce qui concerne leur coût que leurs effets. Les initiatives trop coûteuses par rapport aux résultats obtenus doivent être arrêtées.

4 Meilleure utilisation des données (OSS1) / Augmentation de l'efficatité (OSS2)

4.1 Introduction générale

4.1.1 CONTEXTE

Le 5 mai 2025, le Conseil général de l'assurance soins de santé a défini, sur la base notamment du rapport de la Commission des objectifs de soins de santé (COSS) et en tenant compte du contexte budgétaire, cinq objectifs de soins de santé devant être poursuivis en priorité au cours de la législature en cours : Meilleure utilisation des données (OSS 1), Amélioration de l'efficacité (OSS 2), Meilleure organisation des soins de première ligne et harmonisation des différentes lignes de soins (OSS 3), Meilleure accessibilité des soins (OSS 5), Renforcement de la prévention et du dépistage (OSS 7). Alors que les OSS 3, 5 et 7 sont développés plus avant par des groupes d'experts de la COSS, l'exécution de la même mission pour les OSS 1 et OSS 2 a été confiée à l'INAMI.

Dans ce cadre, les OSS 1 et OSS 2 ont été positionnés comme des objectifs de soins de santé transversaux et de soutien, indispensables à la réalisation et au suivi des autres objectifs de soins de santé prioritaires. L'OSS 1 vise une meilleure utilisation des données de santé, condition fondamentale à l'élaboration d'une politique de santé mieux étayée. L'OSS 2 s'inscrit dans cette continuité et se concentre sur la traduction orientée vers l'impact de ces connaissances scientifiques et de ces analyses fondées sur les données, en vue d'une organisation et d'un déploiement des soins plus efficients, tous domaines de soins confondus. C'est à partir de ce positionnement qu'a été abordée la poursuite de la concrétisation des OSS 1 et 2.

4.1.2 APPROCHE

Afin d'en assurer la mise en œuvre pratique, le Comité de gestion de l'INAMI, le SPF Santé publique et l'AFMPS, réunissant les top managers de ces trois administrations, ont décidé à l'automne 2025 de mettre en place une Taskforce commune. Ce choix s'explique par la forte cohérence thématique entre les deux objectifs et par l'étroite imbrication des initiatives en cours et à venir dans ces deux domaines, souvent déjà développées dans un cadre de co-gouvernance. La taskforce a pour mission d'assurer la cohérence tant en matière de contenu que de processus, dans une première phase limitée à ces trois administrations.

La Taskforce OSS 1 et OSS 2 s'est réunie à plusieurs reprises. Les premières réunions ont essentiellement servi de phase préparatoire. L'objectif principal était la définition des termes constitutifs des objectifs de soins de santé et l'inventaire des initiatives en cours et futures et de leurs finalités respectives dans les deux domaines. Cet inventaire a constitué la base du travail de fond, l'analyse permettant de mettre en évidence des enjeux communs et les besoins qui en découlent. Sur cette base, il a ensuite été possible de converger de manière ciblée vers la définition de sous-objectifs SMART transversaux.

Pour le développement ultérieur de ces sous-objectifs relatifs aux données et à l'efficacité, le fonctionnement a été scindé en deux sous-groupes distincts : un sous-groupe OSS 1 et un sous-groupe OSS 2. Ces sous-groupes se sont réunis séparément, mais selon une méthodologie similaire, afin de formuler les sous-objectifs prioritaires, d'identifier de premiers indicateurs possibles et d'élaborer une méthode de mesure en vue de l'évaluation. Dans une étape suivante, l'impact attendu de la réalisation

des sous-objectifs a été évalué, tant au regard des dimensions du Sextuple Aim (SA[1] [G12]) que des objectifs de santé au niveau fédéral.

Les travaux des sous-groupes ont été rassemblés et formalisés dans le présent document, qui a ensuite été soumis, pour input, à la Taskforce OSS 1 et OSS 2, puis au Comité de management. Finalement, cela a également été examiné et approuvé par le GDOS.

Celle-ci marque le passage à une deuxième phase, au cours de laquelle le champ des acteurs sera élargi de manière structurelle et associera également d'autres administrations de soins de santé ainsi que des partenaires pertinents, en vue d'affiner davantage l'élaboration et d'enclencher les étapes suivantes.

Une fois les sous-objectifs, indicateurs et méthodes de mesure définitivement validés, le monitoring et le suivi seront lancés conformément aux accords conclus. Pour les OSS 1 et OSS 2, le rapportage sur l'état d'avancement de la réalisation des sous-objectifs pourra logiquement être intégré dans les rapports semestriels et annuels du 7e Contrat d'administration 2026-2030 de l'INAMI, qui rendent également compte de manière systématique d'autres engagements d'action dans ces domaines. Plus spécifiquement, pour l'OSS 1, cela s'inscrit dans le cadre de l'article 18 relatif à la poursuite de la mise en œuvre du Plan d'action interfédéral eSanté et de l'article 45 concernant l'évolution vers une organisation davantage orientée vers les données par l'instauration d'une gouvernance des données. Pour l'OSS 2, ce cadre s'articule étroitement avec l'article 33 relatif à l'élaboration et à l'implémentation du programme Soins efficaces et Value-Based Health Care.

Enfin, la mise en œuvre ultérieure est conçue comme un processus cyclique dans lequel les sous-objectifs SMART, indicateurs et méthodes de mesure sont évalués et ajustés de manière récurrente. Comme pour les autres OSS, la mise en œuvre concrète des indicateurs sera une tâche à mener au cours des prochains mois. Dans cette perspective, pour l'OSS 1, la finalisation et la mise en œuvre du Plan d'action eSanté interfédéral 2026-2029, ainsi que les développements récents en matière de gouvernance des données et de politique des registres, joueront un rôle déterminant. Parallèlement, l'articulation entre le développement simultané de l'OSS 2 et du premier Plan Appropriate Care 2026-2027 est encore plus étroite. Ces deux instruments sont en effet alignés sur le plan du contenu et se renforcent mutuellement : là où les sous-objectifs définissent le cadre stratégique et pluriannuel, le Plan Appropriate Care constitue un premier instrument d'implémentation concret et évaluatif. De cette manière, les enseignements issus du suivi, de l'évaluation et des ajustements intermédiaires des différents plans pluriannuels alimentent l'opérationnalisation et l'affinement des sous-objectifs. Inversement, les sous-objectifs offrent le cadre de référence pour l'élaboration des plans pluriannuels suivants. Cette approche soutient une politique d'apprentissage, dans laquelle les expériences et les résultats sont systématiquement mobilisés pour le développement stratégique futur.

[1] Les références renvoient au glossaire présenté à la fin du chapitre 4.

4.1.3 GUIDE DE LECTURE

La structure des sections de ce chapitre s'articule de manière synthétique et suit directement les travaux des sous-groupes OSS 1 et OSS 2. Chaque chapitre commence par une introduction, dans laquelle les termes constitutifs sont également définis et les initiatives pertinentes présentées. Ensuite, cinq sous-objectifs SMART sont formulés pour chaque objectif de soins de santé. Chaque sous-objectif comprend une description des principales caractéristiques sur le plan du contenu, des indicateurs identifiés ainsi que des méthodes de mesure y afférentes, permettant un monitoring transparent et systématique de l'état d'avancement. Enfin, une analyse d'impact est présentée, situant la contribution attendue du sous-objectif au regard d'un double cadre d'évaluation, à savoir le Sextuple Aim international et les trois objectifs de santé fédéraux. En raison de la forte convergence sur le plan du contenu, les estimations relatives à ces trois objectifs coïncident avec les dimensions du Sextuple Aim, à savoir la santé de la population (SA 2), l'équité et l'accessibilité (SA 4) et la durabilité écologique (SA 6). Afin d'éviter toute redondance, l'explication se concentre exclusivement sur le Sextuple Aim, tandis que les tableaux présentent l'analyse tant pour le Sextuple Aim que les trois objectifs de santé.

4.2 Objectif de soins de santé 1 – Meilleure utilisation des données

4.2.1 INTRODUCTION

L'Objectif de soins de santé 1 (OSS 1) vise à renforcer structurellement la meilleure utilisation des données de santé en tant que fondement des soins de santé fondés sur des données probantes, transparents et ciblés, et plus particulièrement de la politique des soins de santé, ainsi que de la recherche et du développement (à l'appui tant de la pratique que de la politique). Dans son rapport de juin 2025, la Commission des objectifs de soins de santé (COSS) a souligné que des étapes supplémentaires sont nécessaires afin d'accélérer la numérisation des soins de santé et de stimuler de manière systématique la collecte, le partage et l'utilisation de données de haute qualité, y compris des données anonymisées au niveau du patient individuel. À cet égard, la Commission a identifié trois missions stratégiques étroitement liées : le renforcement de l'utilisation qualitative des données, l'accélération de l'implémentation du Belgian Integrated Health Record (BIHR [G1]), et le développement d'une stratégie coordonnée visant à limiter les risques de cyberattaques.

L'Objectif de soins de santé 1 (OSS 1) crée les conditions structurelles dans lesquelles les données de santé sont utilisées de manière fiable, sécurisée et réutilisable à des fins de politique, de financement, de pilotage de la qualité et d'accessibilité des soins. Il ne s'agit en aucun cas d'une simple modernisation technologique, mais bien de l'organisation durable de l'ensemble de la chaîne de valeur des données : depuis la formulation des questions et l'enregistrement des données jusqu'à leur analyse, le processus décisionnel et le monitoring, dans des cadres clairs de gouvernance, de protection de la vie privée et de sécurité de l'information.

Dans cette optique, l'OSS 1 remplit explicitement une fonction facilitatrice. Les actions et résultats relevant de cet objectif ne conduisent pas en tant que tels à une amélioration directe des résultats de soins ni à une augmentation immédiate de l'efficacité, mais constituent en revanche une condition préalable indispensable à la réalisation d'autres objectifs des soins de santé comme OSS3, OSS5, OSS7, et plus particulièrement l'OSS 2. En effet, en l'absence de données de qualité, disponibles en temps utile et aisément accessibles, les améliorations structurelles en matière de soins de qualité et d'efficience manquent de fondement, sont difficilement généralisables et ne peuvent être suivies que de manière limitée.

Bien que la suite de ce document accorde une attention particulière aux conditions d'utilisation secondaire des données, l'OSS 1 porte explicitement sur l'utilisation tant primaire que secondaire des données. Le renforcement du soutien numérique dans la pratique des soins de santé, notamment par le biais du BIHR, en constitue un élément essentiel et vise en grande partie à faciliter l'utilisation primaire des données de santé.

Terminologie

Dans le cadre de cet objectif de soins de santé, *une meilleure utilisation des données* consiste à maximiser, de manière sûre, proportionnée et respectueuse de la protection de la vie privée, la valeur décisionnelle des données existantes et nouvelles pour la politique, le financement, la qualité et l'accessibilité des soins. À cet égard, l'accès rapide à des données récentes et la disponibilité de celles-ci sous une forme standardisée et réutilisable sont essentiels, sans que leur collecte n'implique une charge excessive pour les détenteurs des données.

Le terme *meilleure* ne renvoie explicitement pas à davantage de données, mais à une plus grande valeur des données. L'accent se déplace ainsi d'une collecte de données axée sur le volume vers une approche ciblée, axée sur des données pertinentes, de qualité, disponibles en temps utile et organisées selon les principes FAIR [G3].

- Pertinence : il s'agit de disposer des bonnes données pour la bonne question stratégique ou de soins, en évitant les collectes de données redondantes et en garantissant une cohérence claire avec les objectifs de santé, de qualité, d'efficience et d'équité.
- Qualité : les données doivent être fiables, complètes, correctes, à jour et comparables, avec des définitions et des critères clairs, des codifications cohérentes, une transparence quant aux limites, et une bonne compréhension du contexte dans lequel elles ont été produites.
- Rapidité et accessibilité : meilleure suppose des délais plus courts entre la source et l'analyse, un accès fluide et basé sur les rôles pour les acteurs compétents, dans un cadre sécurisé, ainsi qu'une attention explicite portée aux données récentes ou actuelles.
- Valeur décisionnelle : les données sont traduites en indicateurs et en analyses exploitables pour les décisions stratégiques, les choix budgétaires, la réglementation et le pilotage opérationnel, avec une évolution des analyses purement descriptives vers des analyses explicatives et, lorsque pertinent, prédictives ou prescriptives.
- Transparence et justification : des choix étayés requièrent une justification claire et un retour d'information vers les parties prenantes, notamment les dispensateurs de soins, les institutions et les citoyens.

Les principes FAIR constituent à cet égard un repère essentiel en matière de qualité : les données doivent être facilement trouvables (via des catalogues et des métadonnées), accessibles dans des protocoles standardisés et sécurisés, interopérables grâce à l'utilisation de standards et de vocabulaires agréés, et réutilisables grâce à des métadonnées riches et à des conditions d'utilisation clairement définies. Cette approche part en outre du constat que certaines données de santé ne sont aujourd'hui pas encore disponibles, ou ne le sont que partiellement, qu'elles ne sont pas harmonisées ou qu'elles ne sont pas facilement consultables, et qu'une meilleure utilisation de ces données suppose donc un processus progressif de mise en place et d'amélioration. En particulier, il existe actuellement en Belgique des lacunes importantes en matière de disponibilité, de qualité, de standardisation et d'accessibilité des données issues des soins de première ligne et des soins ambulatoires. Par ailleurs, les bases de données relatives aux soins de santé mentale, aux soins de longue durée et aux soins aux personnes âgées, aux soins préventifs et aux autres parcours de soins hors milieu hospitalier restent relativement fragmentées et incomplètes. Il est essentiel de renforcer davantage ces domaines de données afin d'obtenir une image plus intégrée et représentative de l'état de santé, des besoins en soins et des parcours de soins de la population. C'est aussi essentiel de pouvoir évaluer les progrès du OSS3.

Le terme *utilisation* couvre l'ensemble de la chaîne de valeur des données et va explicitement au-delà du simple rapport ou de l'output statistique. Il englobe la cohérence entre la question, la facilité de recherche des données, l'analyse, l'interprétation, le processus décisionnel et le suivi.

- Utilisation stratégique : les données soutiennent les priorités stratégiques, les réformes et les modèles de financement, et constituent un fondement étayé pour les choix opérés au niveau macro.
- Utilisation opérationnelle : les données permettent le suivi des activités et des dépenses et soutiennent le pilotage de la nomenclature, des conventions, des programmes et des actions en matière d'utilisation correcte des soins.
- Utilisation évaluative : les données sont mobilisées pour mesurer les effets des mesures, réaliser des analyses de rapport coût-efficacité et value-based, ainsi que pour le suivi de la qualité et de la sécurité et, le cas échéant, pour des auto-évaluations par les dispensateurs de soins, les institutions et les patients.
- Utilisation préventive et prospective : les données permettent de mieux anticiper les besoins futurs, notamment sur la base des tendances démographiques et de morbidité, et soutiennent une détection précoce des risques (financiers, organisationnels ou sanitaires).

Dans les OSS 1, *données* couvre un domaine large mais structuré de données de santé et de données liées à la santé, assorties de métadonnées claires, de codifications standardisées et de possibilités juridiques et techniques de couplage.

- Données administratives et de remboursement : prestations (nomenclature), médicaments et dispositifs médicaux, données financières et budgétaires.
- Données de pratique et de trajet de soins : volumes, variations, séquences de soins et collaboration entre disciplines et secteurs.
- Données de santé structurées, telles que l'ICD-10-BE [G6], SNOMED CT [G13] et autres.
- Qualité et résultats : indicateurs de qualité, résultats cliniques disponibles ainsi que résultats et expériences rapportés par les patients (PROM [G9] et PREM [G10]).
- Contexte et population : données démographiques et socio-économiques, inégalités d'accès et d'utilisation, ainsi que données de santé publique.
- Externes et couplées : couplages légaux avec d'autres sources de données et avec les flux de données européens, gérés via des catalogues de données et des standards d'interopérabilité, tant pour l'utilisation primaire que secondaire.

Pont de départ analytique

La base de l'élaboration de l'OSS 1 repose sur un inventaire approfondi des initiatives en cours et à venir, telles que reprises également dans les plans stratégiques des administrations de soins de santé concernées. À cet égard, le Plan d'action eSanté, la vision renouvelée de la politique de registres (y compris les rôles et responsabilités y afférents), ainsi que la mission et le fonctionnement de la Health Data Agency (HDA [G4]) servent d'indicateurs. Par ailleurs, l'accord de coopération interfédéral relatif à l'échange électronique de données dans le secteur de la santé et des services sociaux constitue également un cadre politique important, qui contribue à un développement cohérent et harmonisé de l'utilisation des données à tous les niveaux de décision. La concrétisation de cet OSS s'inscrit directement dans le prolongement de ces cadres, qui forment ensemble le fondement d'une gestion cohérente et tournée vers l'avenir des données de santé. Cet inventaire met également en évidence que le paysage actuel des données se caractérise par des lacunes en matière de disponibilité, par des différences dans le degré d'harmonisation entre les domaines de soins, ainsi que par des contraintes en termes de recherche et de mise à disposition des données, ce qui souligne la nécessité d'un cadre cohérent et structuré pour une meilleure utilisation des données.

L'OSS 1 est traduit en cinq sous-objectifs SMART connexes. Ces sous-objectifs portent respectivement sur une gouvernance nationale des données claire (OSS 1.1), une infrastructure de données fédérée (OSS 1.2), la simplification administrative via le principe Only Once [G8] et la réutilisation des données (OSS 1.3), l'ancrage structurel de la qualité des données, de la sémantique et des principes FAIR (OSS 1.4) et le renforcement de la littératie des données et du change management (OSS 1.5). Ensemble, ils constituent le fondement d'une utilisation cohérente, sécurisée et orientée vers la valeur des données de santé au service de la politique et des soins.

Pour chacun de ces objectifs, sont successivement abordées ci-dessous l'opérationnalisation sur le plan du contenu, les indicateurs et la méthodologie de mesure y afférents, ainsi que l'impact attendu. Cette approche permet de suivre l'avancement de l'OSS 1 de manière cohérente et transparente, tout en mettant clairement en évidence la contribution d'une meilleure utilisation des données au Sextuple Aim ainsi qu'à l'atteinte des objectifs de santé.

4.2.2 OSS 1.1 | MISE EN PLACE D'UNE GOUVERNANCE NATIONALE CLAIRE DES DONNÉES AVEC DES RÔLES CLAIREMENT DÉFINIS

Sous-objectif

Conformément au calendrier établi pour l'implémentation EHDS en Belgique, une gouvernance nationale univoque des données de santé est opérationnalisée

Une utilisation cohérente des données de santé suppose un cadre de gouvernance clair et partagé, dans lequel les rôles, les responsabilités et les processus décisionnels sont définis de manière explicite. Dans le cadre de l'implémentation de l'European Health Data Space (EHDS [G2]), il est dès lors nécessaire d'évoluer vers une gouvernance nationale univoque des données, de nature à instaurer la confiance, à lever les incertitudes et à permettre la poursuite de la numérisation et la réutilisation des données, dans le respect de la vie privée, de la protection des données et de la justification publique.

Un premier pilier essentiel de cette gouvernance est l'attribution explicite des rôles et des responsabilités au sein de l'écosystème des données de santé. Une délimitation claire des rôles permet d'éviter les chevauchements et les ambiguïtés entre acteurs et de préciser qui est responsable, notamment, de la collecte des données, de l'assurance qualité, de leur diffusion, de l'accès et de la surveillance. Il s'agit d'une condition indispensable pour permettre une utilisation sûre, proportionnelle et ciblée des données pour la dispense de soins, la politique, le financement, la recherche et le suivi de la qualité.

Dans ce cadre, la Health Data Agency (HDA) assume un rôle central de facilitation et de coordination. Conformément aux exigences EHDS, la HDA agit en tant que Health Data Access Body (HDAB [G5]) coordonnatrice pour l'utilisation secondaire des données et comme facilitatrice des registres et de la mise à disposition des données. La HDA n'est explicitement pas positionnée comme propriétaire des données, mais comme un acteur chargé d'organiser, de fluidifier et de rendre transparent le cadre de gouvernance, en étroite collaboration avec les détenteurs de données et les autres parties prenantes concernées.

Un deuxième pilier essentiel de la gouvernance nationale des données est la transparence. La transparence contribue à instaurer la confiance et des règles du jeu équitables. Elle est réalisée par la mise en visibilité systématique des sources authentiques et essentielles de données de santé. Des catalogues de données accessibles au public permettent d'identifier les sets de données existants, les finalités de leur utilisation et les conditions dans lesquelles leur réutilisation est possible. L'utilisation des données de santé devient ainsi traçable et publiquement justifiée. En complément, il est examiné, dans le cadre de cette gouvernance, comment prévoir une obligation de notification de l'utilisation des données de santé, en tant qu'instrument permettant d'offrir au public une visibilité sur les acteurs qui utilisent les données, les finalités poursuivies et le cadre légal applicable.
La gouvernance nationale des données crée en outre les conditions organisationnelles nécessaires à un échange interopérable des données entre les acteurs. Dans le cadre de gouvernance convenu, le partage des données est facilité au moyen d'accords et de standards communs, sans porter atteinte à l'autonomie et à la responsabilité des détenteurs de données. Cela permet aux infrastructures techniques et aux accords sémantiques de fonctionner de manière effective au sein d'un ensemble cohérent et largement partagé.

Enfin, cette gouvernance ne se limite pas à des structures formelles, mais vise également l'utilisation effective et la faisabilité opérationnelle. Le niveau d'application et d'utilisation effective des mécanismes de gouvernance conditionne la crédibilité et l'impact du cadre. C'est pourquoi une gouvernance proportionnelle est explicitement privilégiée, en adéquation avec les processus existants et évolutive afin de pouvoir répondre aux besoins futurs.

Indicateurs et méthode de mesure

La réalisation de ce sous-objectif est suivie au moyen d'indicateurs structurels et de processus permettant d'appréhender l'opérationnalisation de la gouvernance nationale des données.

Un premier indicateur porte sur l'existence formelle et l'opérationnalisation effective du cadre de gouvernance, telles qu'établies par la définition et la formalisation de rôles et de responsabilités conformément aux exigences EHDS, ainsi que par la prise en charge effective du rôle de coordination par la HDA. Ce suivi s'effectue par des points d'avancement périodiques alignés sur le calendrier de l'EHDS.

Par ailleurs, la transparence des sources de données est évaluée à travers l'existence de catalogues de données opérationnels et accessibles au public, comportant des métadonnées sur des sources de données de santé authentiques et essentielles. La présence et l'accessibilité de ces catalogues constituent un indicateur structurel de justification publique et de confiance.

À un stade ultérieur, le fonctionnement effectif du cadre de gouvernance pourra être complété par des indicateurs de processus, tels que le nombre de demandes de données traitées selon les procédures convenues et leur délai moyen de traitement. Ces indicateurs offrent un éclairage sur la performance et la faisabilité de la gouvernance, sans anticiper des objectifs opérationnels.

4.2.3 OSS 1.2 | MISE EN PLACE D'UNE INFRASTRUCTURE DE DONNÉES FÉDÉRÉE COMME FONDEMENT DE LA POLITIQUE ET DU SYSTÈME DE SOINS

Sous-objectif

D'ici fin 2029, une infrastructure nationale fédérée des données de santé sera opérationnelle pour une utilisation primaire et secondaire, dans laquelle les données de santé resteront à la source chez les détenteurs de données et seront mises à disposition de manière dynamique pour des registres ancrés légalement ainsi que pour des demandes de données conformes à l'EHDS

Afin d'exploiter pleinement le potentiel des données de santé pour des soins de qualité, une politique efficace et la recherche scientifique, il est indispensable que la Belgique évolue vers une infrastructure nationale fédérée des données de santé, soutenant à la fois l'utilisation primaire et secondaire des données. Cette infrastructure constitue un levier crucial dans le cadre de l'implémentation nationale de l'European Health Data Space (EHDS).

Le principe fondamental de ce sous-objectif est que les données de santé restent chez les détenteurs de données et puissent être mises à disposition de manière dynamique grâce à un ensemble cohérent d'accords techniques et organisationnels. L'infrastructure n'est dès lors pas conçue comme une base de données centrale, mais comme un modèle fédéré permettant le réutilisation des données avec une duplication minimale, dans le cadre d'accords précis en matière d'accès, de traitement et de sécurité, tels que définis dans le cadre de gouvernance de l'OSS 1.1. Ce modèle fédéré crée ainsi également les conditions structurelles nécessaires à un partage sécurisé et standardisé des données entre les dispensateurs de soins, en appui à la continuité et à la coordination des soins. L'application effective de ce partage dans la pratique des soins est suivie au sein de l'OSS 3, où un indicateur spécifique relatif au partage des données est prévu.

L'infrastructure fédérée repose sur trois piliers étroitement liés : l'interopérabilité pour l'échange et la réutilisation des données, la transparence et la facilité de recherche des sources de données via des métadonnées et des catalogues de données, ainsi que le traitement sécurisé des données pour une utilisation secondaire dans un environnement contrôlé. Concrètement, cela implique que les flux de données et les sets de données soient rendus accessibles conformément à des standards reconnus d'interopérabilité et de sémantique, que les sources et leurs caractéristiques soient rendues visibles au moyen de métadonnées standardisées, et que la réutilisation des données pour les registres et les demandes EHDS puisse avoir lieu dans un cadre de traitement sécurisé.

Dans ce modèle, il est également tenu compte des acteurs ou des groupes professionnels qui ne disposent pas (encore) d'une intégration complète avec les fondements numériques existants. L'infrastructure prévoit dès lors des « linking pathways » opérationnels permettant d'alimenter, de consulter ou de mettre à disposition des données dans le modèle fédéré.

Par ailleurs, l'infrastructure est concrétisée par l'implémentation de CareSets conçus comme un outil visant à structurer de manière standardisée les données cliniques dans des domaines prioritaires et à les rendre exploitables tant pour la pratique clinique que pour les registres et une utilisation secondaire. Dans ce cadre, une implémentation est prévue dans des domaines de soins prioritaires (notamment les soins périnataux et certains groupes cibles prioritaires dans les soins intégrés), selon une approche progressive en différentes phase concrètes.

Enfin, la réalisation de l'infrastructure comprend également le développement d'un environnement sécurisé de traitement des données (Secure Processing Environment – SPE [G14]) destiné à une utilisation secondaire partagée et contrôlée des données. Cet environnement est porté par une Health Data Agency (HDA) opérationnelle en collaboration avec les acteurs pertinents du paysage des données. Dans la même logique, il est prévu que des flux de données clés, essentiels à la continuité des soins et à la réutilisation des données — notamment un International Patient Summary (IPS [G7]) et les flux de données liés aux médicaments — puissent être échangés dans un cadre interopérable et sécurisé.

Cette infrastructure est développée en accordant une attention particulière à la cybersécurité et à la résilience, conformément aux cadres européens et nationaux en vigueur, tels que la directive NIS 2.

Indicateurs et méthode de mesure

L'avancement de la réalisation de ce sous-objectif est suivi au moyen d'un nombre limité d'indicateurs clés permettant d'objectiver le degré d'opérationnalisation de l'infrastructure fédérée.

Premièrement, le développement de la transparence et de la facilité de recherche est suivi via la part de sets données pour lesquels des métadonnées standardisées sont disponibles dans des catalogues de données opérationnels, conformément aux standards de métadonnées convenus. Cet indicateur permet d'apprécier dans quelle mesure les sources de données sont identifiables, décrites et exploitables à des fins de réutilisation.

Deuxièmement, la réalisation de liaisons interopérables opérationnelles est évaluée en comparant le nombre de liaisons effectivement réalisées et opérationnelles avec les fondements essentiels du modèle fédéré (notamment l'environnement de travail BIHR et d'autres points pertinents) au nombre de liaisons prévues, conformément au calendrier d'implémentation.

Troisièmement, l'implémentation des CareSets est suivie en évaluant périodiquement le nombre de CareSets effectivement implémentés et opérationnels, sur la base de leur statut de publication et d'implémentation.

Quatrièmement, la disponibilité opérationnelle d'un environnement sécurisé de traitement des données (SPE) est suivie au moyen d'un contrôle de statut conforme au calendrier EHDS, permettant de vérifier si un SPE est effectivement opérationnel pour le traitement partagé des données dans le cadre convenu.

Enfin, le statut opérationnel des échanges de données essentiels (tels que l'IPS et les flux de données liés aux médicaments) peut être suivi au moyen d'évaluations périodiques de leur niveau d'opérationnalité dans le cadre eHealth, conformément au phasage convenu.

4.2.4 OSS 1.3 | SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE VIA ONLY ONCE ET RÉUTILISATION

Sous-objectif

D'ici 2028, le principe « Only Once » sera effectivement implémenté pour l'ensemble des processus de soins prioritaires

Une utilisation performante et durable des données de santé suppose que celles-ci soient enregistrées une seule fois à la source, puis réutilisées de manière contrôlée afin d'éviter que les dispensateurs de soins et les organisations soient confrontés à des enregistrements doubles ou multiples des mêmes informations. Le principe « Only Once » constitue dès lors un fondement essentiel de la poursuite de la numérisation et de la simplification dans le secteur des soins de santé.

Ce sous-objectif va explicitement au-delà de la seule interopérabilité technique. Il requiert une approche structurelle visant à organiser les processus, les registres et les flux de données de manière à éviter toute nouvelle collecte d'informations déjà disponibles dans une source authentique ou un cadre ancré légalement.

Le résultat attendu est double : d'une part, une réduction démontrable des doubles enregistrements et de la charge administrative pour les dispensateurs de soins et les institutions de soins ; d'autre part, une base renforcée pour la réutilisation des données pour la dispense de soins, le financement, la politique et l'analyse. En appliquant de manière cohérente le principe «Only Once», la chaîne de données gagne en efficacité et la qualité ainsi que la cohérence des données sont renforcées, ce qui soutient à son tour la confiance dans les applications fondées sur les données et leur facilité d'utilisation.

Indicateurs et méthode de mesure

Le suivi de la réalisation de ce sous-objectif repose en premier lieu sur le degré d'implémentation du principe « Only Once » dans les processus de soins prioritaires. Celui-ci est mesuré comme le pourcentage de processus de soins prioritaires pour lesquels le principe « Only Once » est implémenté, sur la base d'un inventaire des processus prioritaires et d'une évaluation périodique du statut par processus.

La cohérence avec la politique des registres est suivie, par ailleurs, en examinant, sur la base d'une liste de registres retenus, combien de registres ont été fonctionnellement intégrés et opèrent dans le nouveau cadre des registres visant à maximiser la réutilisation de sources existantes.

La réutilisation effective dans la pratique peut être monitorée de manière complémentaire en suivant le nombre d'applications et/ou de demandes de données pour lesquelles la saisie multiple des mêmes données n'est pas requise, autrement dit le nombre de cas dans lesquels une réutilisation est démontrée dans les processus concernés.

Afin de rendre visible la réutilisation multiple de données au-delà des différents domaines stratégiques, il est également possible de suivre le nombre de sources de données et/ou de sets de données mobilisables pour plusieurs finalités d'utilisation (par exemple soins, financement, politique), sur la base des finalités d'utilisation enregistrées ou documentées par set de données.

Enfin, l'impact sur la charge administrative des dispensateurs de soins est suivi au moyen d'enquêtes périodiques, comprenant notamment une comparaison du temps consacré à l'enregistrement avant et après l'implémentation, ainsi qu'une mesure bisannuelle de la satisfaction relative à la charge administrative. À un stade ultérieur de maturité, un mécanisme de signalement des doubles enregistrements peut en outre contribuer à un suivi et à des ajustements ciblés, en monitorant le rapport entre les doubles enregistrements signalés et ceux qui ont effectivement été résolus.

4.2.5 OSS 1.4 | ANCRAGE STRUCTUREL DU CADRE RELATIF À LA QUALITÉ DES DONNÉES, À LA SÉMANTIQUE ET AUX PRINCIPES FAIR

Sous-objectif

À partir de mars 2029, toutes les données utilisées dans des registres ou dans des demandes de données répondent à des critères de qualité et de sémantique

Des données de santé fiables et réutilisables constituent une condition indispensable à des soins de qualité, à une politique fondée et à une utilisation secondaire responsable des données. La qualité des données et la clarté sémantique ne relèvent dès lors pas d'objectifs facultatifs, mais d'exigences structurelles qui doivent être organisées de manière contraignante et transparente. Ce sous-objectif vise donc l'ancrage structurel d'un cadre contraignant en matière de qualité et de sémantique des données de santé. Ce cadre définit les conditions sur le plan du contenu et technique selon lesquelles les données peuvent être utilisées à des fins de soins, de politique, de financement, de recherche et de suivi de la qualité. Les critères s'appliquent indépendamment de la finalité d'utilisation et concernent tant les données utilisées dans des registres ancrés légalement que celles faisant l'objet de demandes à des fins d'utilisation secondaire. Cela permet d'éviter une variabilité des exigences de qualité selon les domaines d'application et de créer une base uniforme pour la réutilisation des données.

Un premier fondement de ce cadre est la documentation systématique de la qualité des données à la source. Les détenteurs de données conservent la responsabilité de la qualité et de l'actualité des données, conformément à la répartition des rôles prévue dans la politique des registres. La qualité des données est rendue transparente au moyen d'indicateurs de qualité standardisés par set de données, permettant aux utilisateurs d'appréhender les forces et les limites des données avant leur utilisation à des fins d'analyse ou de processus décisionnel.

Une deuxième composante essentielle concerne l'interopérabilité sémantique. L'application obligatoire de terminologies et de systèmes de codification reconnus pour les sets de données et les flux de données du scope permet de garantir que les données puissent être interprétées de manière univoque, comparables et automatiquement réutilisables entre organisations, secteurs et niveaux politiques. Il s'agit d'une condition indispensable au développement d'analyses à grande échelle et d'indicateurs fiables.

La transparence fait également partie intégrante du cadre de qualité. Des métadonnées accessibles au public instaurent des règles du jeu équitables en matière d'utilisation des données et renforcent la confiance des citoyens, des dispensateurs de soins et des institutions. Les sets de données utilisés dans des registres ou des demandes de données doivent dès lors disposer de métadonnées complètes et publiquement consultables, afin de clarifier l'existence des données, leur périmètre de contenu et les conditions de leur réutilisation.

Enfin, ce cadre inclut également l'évaluation et la maîtrise systématiques des risques liés à la protection de la vie privée et à la réidentification dans le cadre de l'utilisation secondaire des données. Pour les demandes de données pertinentes, des analyses de risque sont réalisées selon des méthodologies établies, afin d'identifier et d'atténuer les risques potentiels en amont. Cela contribue à une utilisation responsable des données et constitue un élément important du soutien sociétal aux politiques fondées sur les données.

Indicateurs et méthode de mesure

La réalisation de ce sous-objectif fait l'objet d'un suivi systématique de la qualité. Un premier indicateur concerne la présence d'indicateurs de qualité documentés par set de données dans les catalogues de données. Il permet de déterminer la part des sets de données documentés qui disposent d'une description explicite de la qualité conformément au standard de qualité convenu.

Deuxièmement, l'application des terminologies sémantiques obligatoires est suivie au moyen du pourcentage de sets de données et de registres dans lesquels ces terminologies sont correctement appliquées, sur la base d'analyses périodiques des sets de données et flux de données relevant du scope.

Troisièmement, l'exhaustivité et la disponibilité des métadonnées sont monitorées par des contrôles annuels visant à évaluer dans quelle mesure les sets de données utilisés dans des registres ou des demandes de données disposent de métadonnées complètes et accessibles au public.

Par ailleurs, la réalisation systématique d'analyses de risque dans le cadre de l'utilisation secondaire des données est suivie via la part de demandes de données pour lesquelles une évaluation préalable des risques a effectivement été effectuée, sur la base des enregistrements de processus dans le cadre de l'utilisation des données.

À un stade ultérieur de maturité, il pourra également être suivi dans quelle mesure les registres et les modèles de demandes de données sont structurellement alignés sur le cadre contraignant de qualité et de sémantique, en tant qu'indicateur de leur ancrage durable dans les processus et les instruments.

4.2.6 OSS 1.6 | RENFORCEMENT DE LA LITTÉRATIE DES DONNÉES ET ACCÉLÉRATION DE LA NUMÉRISATION DES SOINS DE SANTÉ VIA CHANGE MANAGEMENT

Sous-objectif

À partir de 2026, la numérisation dans le secteur des soins de santé est soutenue par un programme de changement structurel, renforçant la confiance grâce à une valeur ajoutée tangible et à des responsabilités clairement définies

L'amélioration de l'utilisation des données ne peut se limiter à des solutions technologiques ou à des cadres formels. Un impact réel ne peut être atteint que lorsque les applications numériques et les processus fondés sur les données sont compris, portés et correctement appliqués par les dispensateurs de soins, les institutions de soins, les acteurs politiques et les citoyens. Ce sous-objectif vise dès lors l'ancrage structurel de la littératie des données et du change management comme conditions essentielles d'une transformation numérique durable dans le secteur des soins de santé.

Un premier pilier de cette approche consiste à renforcer la littératie des données. Les dispensateurs de soins et les organisations concernées doivent comprendre les objectifs et l'importance d'un enregistrement et d'une utilisation corrects, en temps utile et de qualité des données. Cela suppose une intégration durable de la littératie des données dans la formation, la formation continue et le soutien professionnel, notamment via les universités, les hautes écoles et les organisations professionnelles ou scientifiques, dans le cadre d'une harmonisation entre les autorités concernées via une concertation interfédérale.

Un deuxième pilier porte sur l'implication précoce et structurelle des acteurs dans les projets de digitalisation et de données. En associant les dispensateurs de soins et leurs représentants à la priorisation, à la conception et à l'implémentation, l'adhésion aux réformes fondées sur les données est renforcée et les solutions s'alignent mieux sur la pratique. Cette implication favorise une compréhension partagée des responsabilités et soutient l'application effective des nouveaux processus et instruments.

Un troisième pilier met l'accent sur une communication claire et un accompagnement ciblé avant et après les implémentations techniques. La transformation numérique n'est pas évidente pour tous les groupes cibles ; une information claire, une formation adaptée et un accompagnement adéquat sont dès lors essentiels pour encourager une utilisation correcte des données et limiter la fracture numérique. La transparence quant à l'utilisation des données, à leurs finalités et au cadre de protection applicable est cruciale pour instaurer la confiance, tant chez les professionnels que chez les citoyens.

Enfin, ce sous-objectif vise également à renforcer la sensibilisation et la transparence à l'égard des citoyens. Ces derniers doivent pouvoir comprendre quelles données sont utilisées, à quelles fins et vers qui se tourner pour obtenir des informations ou un soutien. Lorsque cela est possible, l'ancrage structurel de ces démarches via une concertation interfédérale renforce la légitimité des soins et de la politique fondés sur les données et contribue à un soutien sociétal plus large à la poursuite de la numérisation. Cela s'inscrit dans le prolongement des initiatives en cours en matière de la littératie de santé, notamment le plan d'action interfédéral digital health literacy, qui vise à renforcer les compétences des citoyens dans l'utilisation des informations de santé et des applications numériques. Un niveau accru de culture des données contribue également à renforcer la confiance des citoyens dans l'utilisation des données de santé. Dans ce contexte, la HDA joue un rôle important en tant que source d'information transparente pour les citoyens concernant l'utilisation des données de santé, en accordant une attention particulière à la clarté de la communication, à l'accessibilité de l'information et au renforcement de la confiance de la société.

Indicateurs et méthode de mesure

L'avancement de ce sous-objectif est suivi au moyen d'indicateurs donnant une vision de l'ancrage structurel de la littératie des données, de l'implication des acteurs et de la transparence.

Un premier indicateur concerne l'intégration de la numérisation et de la littératie des données dans les cadres de formation et de formation continue, mesurée par le nombre ou la part de formations et d'organisations qui intègrent explicitement ces thématiques dans leurs plans de formation ou curricula.

Deuxièmement, le déploiement et l'utilisation des initiatives de formation et de soutien sont suivis via le nombre de formations suivies ou de participants dans les programmes existants, ventilé par groupe cible et par période.

Par ailleurs, l'implication structurelle des acteurs est monitorée en évaluant dans combien de trajets de priorisation ou d'implémentation les dispensateurs de soins et leurs organisations sont associés, sur la base de la documentation des projets.

Enfin, la transparence et la sensibilisation à l'égard des citoyens sont suivies au moyen d'indicateurs tels que la portée et l'utilisation des canaux d'information relatifs à l'utilisation des données et à la numérisation, par exemple via le suivi du nombre de visites ou d'interactions avec des plateformes d'information et des portails publics.

4.3 Objectif de soins de santé 2 - Augmentation de l'efficacité.

4.3.1 INTRODUCTION

Les ambitions liées à l'amélioration de la pertinence et de l'efficience des soins sont inscrites dans l'objectif de santé du même nom ainsi que dans les axes principaux y afférents tels que définis dans le rapport de la Commission COSS de juin 2025. Ce rapport souligne la nécessité de rechercher en permanence des améliorations spécifiques en faveur de soins efficaces et adaptés, et d'engager un dialogue sur les variations importantes observées dans les pratiques médicales, avec pour objectif final d'éliminer les variations indésirables. Cet objectif et ses axes principaux sont désormais précisés sous la forme de sous-objectifs SMART concrets, en partant successivement d'un affinement de la terminologie et d'un inventaire des initiatives identifiées. Dans une phase ultérieure, ces ambitions seront effectivement opérationnalisées par la réalisation de ces sous-objectifs.

Terminologie

L'augmentation de l'efficacité consiste à orienter systématiquement les soins vers une plus grande adéquation aux besoins du patient, en veillant à ce qu'ils soient nécessaires, pertinents, fondés sur l'Evidence Based Practice, et délivrés au bon moment, au bon endroit et par le dispensateur le plus approprié. Elle vise également à obtenir les meilleurs résultats possibles pour le patient au coût le plus juste, dans une logique de proportionnalité et de soutenabilité, tout en préservant la qualité, la sécurité, l'accessibilité et l'équité.

Le terme *augmentation* renvoie au caractère axé sur le processus d'une amélioration continue et ciblée de la pertinence et de la valeur des soins, articulée autour de quatre aspects centraux.

Premièrement, les soins sont adaptés aux besoins réels, d'une part en réduisant le low value care, entendu ici comme les situations d'overuse, de misuse ou d'underuse (ce dernier correspondant au fait que des soins indiqués ne sont pas administrés, de sorte que la valeur attendue pour le patient n'est pas atteinte), et d'autre part en harmonisant l'intensité et la nature des soins avec la situation clinique.

Deuxièmement, les soins s'appuient sur des preuves scientifiques ou des données étayées. Les pratiques (para)médicales s'alignent ainsi sur des directives, des recommandations et des standards de qualité, et font l'objet d'une actualisation systématique dès que de nouvelles connaissances deviennent disponibles, la pertinence étant par nature un concept dynamique.

Troisièmement, la valeur est garantie par une focalisation sur les bénéfices réels pour le patient, tels que les résultats cliniques et la qualité de vie. Le contexte, les attentes et les préférences du patient sont intégrés, et sont évités les traitements dont les risques ou les contraintes excèdent les bénéfices attendus.

Quatrièmement, l'ensemble s'inscrit dans un processus continu d'amélioration fondé sur la mesure, la comparaison, l'apprentissage et l'adaptation, au travers de cycles d'évaluation et d'implémentation.

Cette approche s'inscrit également dans une stratégie visant à identifier et à réduire les différences injustifiées de pratiques, lorsqu'elles ne peuvent être expliquées par des variations dans les besoins des patients ou dans le contexte clinique. À cette fin, elle repose sur un dialogue structuré entre professionnels, institutions, autorités publiques et sociétés scientifiques afin de soutenir l'apprentissage collectif et la mise en œuvre de mesures d'amélioration ciblées.

Sur le plan du contenu, les notions d'*efficacité*, de *soins efficaces* ou d'*appropriate care* renvoient à la dispense des soins adéquats au bon patient, au bon moment et au bon endroit, par le dispensateur le plus approprié, sur la base des meilleures données probantes disponibles et moyennant une utilisation proportionnée des ressources, en vue d'atteindre des résultats optimaux.

Concrètement, le patient est différencié en fonction du contexte, des besoins, des préférences et des risques. Les soins sont fournis en temps opportun, sans retard inutile ni précipitation excessive, et dans le cadre le plus approprié, qu'il s'agisse du domicile, des soins de première ligne, de soins de jour ou de l'hôpital. Le dispensateur de soins agit, au sein de l'équipe de soins de santé, conformément à son rôle et à ses compétences, sur la base de son expertise clinique. Les soins dispensés sont à la fois nécessaires et evidence-based, et les ressources du système sont mobilisées proportionnellement afin de maximiser les bénéfices pour le patient et la valeur créée, tout en évitant le gaspillage.

Les résultats attendus sont de meilleurs résultats cliniques et une meilleure expérience des patients, un niveau de sécurité accru, ainsi qu'une diminution des complications, des réadmissions et des situations de sur- ou de sous-utilisation. Par ailleurs, l'objectif est de réduire les coûts totaux par épisode ou par trajet de soins pour un résultat égal ou meilleur, et de diminuer les variations de pratiques indésirables au profit de soins davantage conformes aux recommandations. Ces améliorations doivent bénéficier à l'ensemble des patients et contribuer à réduire les inégalités en matière d'accès aux soins de santé et de résultats de santé. La réduction des soins inefficients contribue en outre à une organisation plus durable du système de soins et à de meilleures conditions de travail pour les dispensateurs de soins.

Point de départ analytique

Les initiatives en cours et à venir identifiées dans le cadre du deuxième objectif de soins de santé relatif à l'amélioration de l'efficacité des soins s'inscrivent dans un ensemble large et en évolution permanente d'actions stratégiques et axées sur la pratique. Cela comprend tant des initiatives issues de plans stratégiques des administrations de soins de santé concernées que d'autres initiatives identifiées en dehors de ce cadre. Dans cet ensemble, le premier plan stratégique pluriannuel Appropriate Care 2026-2027 joue un rôle clé en tant que première phase opérationnelle pour la réalisation de l'OSS 2. Ce plan constitue un premier levier essentiel pour traduire, sur une période de deux ans, certaines priorités du cadre stratégique pluriannuel. Alors que l'OSS 2 définit le cadre stratégique pluriannuel en matière d'efficacité des soins, le Plan Appropriate Care (AC) opérationnalise une partie de ces ambitions dans un horizon temporel délimité, au moyen d'une approche intégrée dans laquelle des lignes de politique prioritaires relatives à des soins appropriés, de qualité et efficaces sont élaborées, testées et implémentées de manière progressive. Cette approche repose sur un cadre analytique structuré autour de deux axes centraux (les variations de pratiques et les soins à faible valeur ajoutée) et sur une chaîne cohérente d'instruments d'intervention. Parallèlement, d'autres initiatives, instruments ou programmes contribuant à l'amélioration de la qualité, de la pertinence, de l'accessibilité et de l'efficacité des soins peuvent être développés et intégrés dans ce cadre stratégique commun et dans les futurs plans Appropriate Care.

Tant ce plan que les autres initiatives identifiées dans l'inventaire ont ensuite été regroupés en trois clusters selon des finalités cohérentes sur le plan du contenu. Ces clusters constituent le point de départ analytique pour la formulation des cinq sous-objectifs (OSS 2.1 à OSS 2.5) développés dans le présent chapitre.

Un premier cluster concerne la gouvernance et la coordination, avec pour besoin sous-jacent la mise à disposition d'un cadre solide, cohérent et suffisamment agile pour orienter, soutenir et piloter la politique en matière d'efficacité des soins. Il s'agit d'assurer une vision partagée, un cadre décisionnel clair et une articulation cohérente entre les différents leviers contribuant à des soins de haute qualité, pertinents et efficaces. L'OSS 2.1 concrétise ce cadre sur le plan stratégique à travers une normalisation claire, une répartition explicite des rôles et des responsabilités partagées, ainsi qu'une coordination structurelle entre les acteurs concernés et un suivi cohérent.

Un deuxième cluster porte sur les données et les connaissances, avec pour besoin structurel l'étayage systématique et objectif des choix de politique et de soins, ainsi qu'un pilotage ciblé de ceux-ci. Ce besoin constitue le fondement de l'OSS 2.2 relatif au renforcement du monitoring et de la transparence fondés sur les données, de l'OSS 2.3 portant sur l'ancrage des pratiques evidence-based, et de l'OSS 2.4 visant le renforcement des soins centrés sur le patient. À travers ces OSS, l'accent est mis respectivement sur l'accès aux données relatives à la consommation de soins et sur l'intégration de l'évidence scientifique et de la perspective du patient.

Un troisième cluster est axé sur l'amélioration de la qualité, avec pour besoin central la réalisation de changements concrets, mesurables et durables dans la pratique des soins. Cette orientation trouve son élaboration pratique dans l'OSS 2.5, qui vise la réduction des variations de pratiques injustifiées et des soins à faible valeur ajoutée, en s'appuyant sur les cadres stratégiques existants et sur les enseignements issus des autres clusters.

L'ordre de présentation de ces cinq sous-objectifs SMART ne reflète pas une séquence chronologique de mise en œuvre, mais met en évidence des ambitions stratégiques menées en parallèle et se renforçant mutuellement dans une stratégie cohérente visant à accroître l'efficacité et l'efficience du système de soins.

4.3.2 OSS 2.1| RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DE LA COORDINATION

Sous-objectif

D'ici décembre 2026, un modèle de gouvernance interadministratif en matière de soins de qualité et efficaces sera opérationnel sous une première forme

Cet objectif en matière de soins de santé porte sur la mise en place d'un modèle de gouvernance interadministratif reposant sur un cadre de référence clairement défini et partagé, tant sur le plan du contenu que sur le plan normatif, afin d'orienter, de soutenir et de piloter de manière durable les politiques relatives à l'efficacité et à la pertinence des soins. Ce cadre s'inscrit dans les principes de l'appropriate care (AC) et permet, dans le même temps, une articulation avec d'autres leviers et initiatives contribuant à l'amélioration continue du système de soins de santé. Le modèle ancre une responsabilité partagée des dispensateurs et des institutions de soins, des patients, de l'industrie pharmaceutique et des pouvoirs publics en matière de soins appropriés et efficaces, avec une attention particulière portée aux modèles de rôle et à une culture d'amélioration continue. Il s'appuie à cet égard sur les éléments fondamentaux des AC — la transparence (monitoring et mise à disposition des données de soins) et la clarté (normes, recommandations et indicateurs) — et les opérationnalise au moyen d'une chaîne cohérente d'instruments comprenant des mesures structurelles et de soutien, de l'accompagnement, des incitants, de la communication, ainsi que, le cas échéant, des mesures correctrices et des mécanismes de contrôle. Dans ce contexte, le Plan Appropriate Care 2026–2027 constitue un premier instrument opérationnel majeur pour l'exécution de certaines priorités de l'OSS 2. L'objectif ultime de l'OSS 2.1 est de parvenir à une coordination efficace et cohérente des soins de qualité et efficients. Ceci est assuré au moyen d'un cadre de pilotage cohérent, ancrant une coresponsabilité explicite, des données transparentes, des orientations claires ainsi qu'une approche méthodologique centrée sur le comportement. Ce cadre garantit ainsi une traduction cohérente et durable des soins appropriés (appropriate care) dans la pratique quotidienne.

La Commission Appropriate Care joue, au sein de ce modèle de gouvernance, un rôle consultatif et de coordination en matière d'initiatives stratégiques relatives aux soins appropriés et efficaces.

Dans la phase initiale (2026), elle fait office de plateforme de concertation, de priorisation et de cohérence méthodologique, notamment dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Appropriate Care 2026–2027. Dans les phases ultérieures (montée en maturité à partir de 2027), ce rôle est amené à être progressivement renforcé et intégré dans le cadre de pilotage plus large des objectifs en matière de soins de santé, en complément d'autres instances, fonctions et structures de gouvernance.

Indicateurs et méthode de mesure

La réalisation de l'objectif se traduit par la mise en place et le fonctionnement effectif de structures de gouvernance garantissant la coordination, l'exécution et le suivi. La dynamique autour des appropriate care se concrétise par la création de la Commission Appropriate Care et, le cas échéant, de chambres ad hoc consacrées à des thématiques de soins spécifiques. Ces structures sont ensuite concrétisées par leur activation formelle et par la fixation des modalités y afférentes. L'ancrage institutionnel du modèle de gouvernance est assuré par la publication au Moniteur belge de la composition, des missions et du fonctionnement de la Commission, complétée par un règlement d'ordre intérieur ainsi que par la mise à disposition systématique des calendriers de réunions et des procès-verbaux. Le fonctionnement de l'ensemble est suivi à travers la tenue effective des réunions de la Commission et des chambres ad hoc opérationnelles, tant lors de leur lancement qu'en cas de modification, ainsi que par une évaluation annuelle du fonctionnement.

Enfin, le développement et l'implémentation progressive du modèle de gouvernance s'appuient sur des instruments de planification, de suivi et de reporting, qui servent également de méthode de mesure pour la montée en maturité. Dans ce mécanisme de pilotage, les plans AC biennaux constituent l'un des instruments de référence. Ils permettent de décliner, sur une période donnée, des axes prioritaires — notamment en matière de variations de pratiques et de soins à faible valeur ajoutée — au travers de thématiques et d'actions concrètes définies par exercice. Ces plans sont élaborés, exécutés, suivis et actualisés selon un cycle récurrent, tout en veillant à leur alignement avec les autres mesures et initiatives contribuant aux objectifs de qualité et d'efficacité des soins (par exemple NAP AMR, Plan d'action eSanté). La première phase comprend le plan biennal 2026-2027, les rapports d'avancement y afférents et le plan actualisé, suivis du plan biennal 2028-2029. Les documents concernés sont soumis pour validation à la Commission Appropriate Care, puis au Conseil général. Les évaluations du premier plan sont prévues pour mars 2027 et mars 2028.

4.3.3 OSS 2.2 | RENFORCER LE MONITORING ET LA TRANSPARENCE PAR L'USAGE DES DONNÉES

Sous-objectif

Au plus tard fin 2027, les administrations de soins de santé disposeront d'une première version d'une plateforme de données partagée relative à la qualité et à l'efficacité des soins

Dans le cadre de cet objectif de soins de santé, une plateforme de données partagée est développée, sous la forme d'un tableau de bord en temps réel (real-time dashboard) lorsque cela est réalisable. Cette plateforme met à disposition, de manière structurée et transparente, des indicateurs validés de qualité et d'efficacité afin de faciliter l'échange de données (non sensibles). Grâce à l'intégration, notamment, d'analyses relatives aux variations de pratiques, de baromètres sur les soins à faible valeur ajoutée (low value care) et d'autres indicateurs pertinents, la plateforme permet un suivi davantage fondé sur les données de la consommation de soins. En termes de déploiement, la première phase se concentre spécifiquement sur le partage de ces paramètres au sein des administrations de soins de santé via un portail offrant des accès différenciés sur la base de leurs compétences.

Enfin, cette plateforme agit comme un catalyseur d'une politique d'efficacité plus transparente et plus cohérente : elle permet un pilotage stratégique interadministratif sur la base de données objectives et validées, et s'inscrit dans la continuité des instruments de transparence du Plan Appropriate Care 2026–2027 (notamment le retour d'indicateurs (indicatorfeedback) aux dispensateurs et aux institutions, le rapportage public et les tableaux de bord thématiques). Grâce à cette architecture progressive, un écosystème cohérent se met en place, dans lequel les données alimentent à la fois le dialogue sur les variations de pratiques et les soins à faible valeur ajoutée, et constituent une base solide pour des interventions stratégiques ciblées et leur suivi.

Indicateurs et méthode de mesure

Le développement de la plateforme de données et la mise à disposition d'informations s'effectuent selon une approche progressive et itérative. Les avancées sont suivies de manière systématique au moyen de rapports périodiques permettant de rendre compte de l'évolution des données et indicateurs partagés, en commençant par des sets de données couvrant au moins un domaine de soins prioritaire, par exemple les antibiotiques. L'activation formelle (go-live) de la plateforme, ainsi que l'octroi d'un accès effectif aux administrations concernées, constituent des jalons clairement identifiés. Par la suite, l'accès aux données est étendu progressivement et, à un stade ultérieur, élargi à un périmètre plus large d'utilisateurs.

4.3.4 OSS 2.3 | ANCRAGE STRUCTUREL DE LA PRATIQUE EVIDENCE-BASED DANS LA DISPENSATION DE SOINS

Sous-objectif

D'ici fin 2027, la pratique evidence-based (EBP) sera progressivement intégrée dans la politique fédérale

L'ancrage structurel de la pratique fondée sur les données probantes suppose une approche politique progressive à trois niveaux. Premièrement, des données probantes validées, actualisées et pertinentes pour le contexte belge doivent être disponibles de manière durable. Deuxièmement, ces données doivent être accessibles en temps utile et de manière aisée au sein du flux de travail clinique, notamment via des sources au point de délivrance, des outils d'aide à la décision et des liens avec les dossiers électroniques. Troisièmement, leur application dans la pratique doit être systématiquement soutenue et suivie, en accordant une attention particulière à leur utilisation, au respect des directives et à la réduction des variations indésirables dans la pratique et des soins de faible valeur.

Afin de réaliser cet objectif de soins de santé, le passage d'Evikey, réseau EBP, vers le KCE Practice est poursuivi jusqu'à sa réalisation complète. Conformément au Plan Appropriate Care, cette évolution renforce la « clarté » en offrant une source plus centralisée, visible et validée pour l'evidence et les recommandations. Elle soutient en parallèle les instruments « Normes » et « Implémentation » de la chaîne Appropriate Care, en facilitant une traduction plus rapide de l'evidence en cadres de références utilisables tant pour la politique que pour la pratique.

Par ailleurs, l'intégration de l'EBP dans au moins deux processus de soins prioritaires est démontrée notamment par l'ancrage structurel de recommandations EBP claires dans les mesures stratégiques, ainsi que par leur harmonisation systématique avec des indicateurs de qualité et d'efficacité. Dans la continuité du Plan Appropriate Care 2026-2027, l'accent est mis sur des instruments d'implémentation soutenant les dispensateurs au moment de la décision, tels que des outils d'aide à la décision (decision support tools), y compris le Prescription Search Support (PSS [G11]), ainsi que sur des formations ciblées afin que les recommandations soit effectivement appliquées et afin de réduire les variations indésirables et les soins à faible valeur ajoutée.

Ces intégrations progressives doivent permettre à l'expertise scientifiquement fondée de devenir de plus en plus la pierre angulaire d'une dispense de soins de qualité, homogène et efficace au niveau fédéral. Ces idées seront abordées plus en détail dans le chapitre suivant, lors de la présentation détaillée du GZD3.

Indicateurs et méthode de mesure

Les progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif peuvent être suivis à l'aide de quatre indicateurs clés : la mise en place d'un portail de données probantes cohérent, l'utilisation effective des sources d'EBP au point de délivrance, l'intégration de l'EBP dans le flux de travail clinique via l'aide à la décision, et l'application de l'EBP dans les processus de soins prioritaires ayant un impact démontrable sur le respect des lignes directrices et la réduction des soins de faible valeur.

Un premier repère est la disponibilité d'un portail numérique cohérent sur les données probantes, servant de point d'accès central aux directives belges et internationales, aux informations au chevet du patient, aux revues systématiques et à d'autres outils pertinents pour tous les professionnels de santé

belges, tant dans les disciplines médicales que paramédicales. La mise en service et l'accessibilité effective de ce portail sont prévues pour 2027. Par la suite, son utilisation pourra également faire l'objet d'un suivi, par exemple via le nombre d'utilisateurs actifs, de consultations et de recherches, ventilés le cas échéant par catégorie de prestataires de soins.

Par ailleurs, l'intégration de l'EBP dans la pratique sera concrètement mise en évidence via deux projets pilotes axés sur l'aide à la décision dans les processus de soins prioritaires. Un premier projet concerne la disponibilité nationale et le déploiement d'un système PSS pour les antibiotiques, relié aux dossiers médicaux électroniques des médecins généralistes dans des logiciels homologués. La mise en œuvre effective et l'interconnexion fonctionnelle constituent ici une étape mesurable, dont la réalisation est prévue début 2027.

Un deuxième volet concerne un projet pilote en radiologie, auquel participent certains hôpitaux et médecins généralistes. La première étape consiste à lancer le projet dans au moins un centre pilote d'ici fin 2026. Les résultats de cette phase pilote serviront ensuite à poursuivre le développement et à envisager une extension du système d'ici mi-2027.

4.3.5 OSS 2.4 | RENFORCEMENT DES SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT PAR LE DÉPLOIEMENT SYSTÉMATIQUE DE PROM ET PREM

Sous-objectif

D'ici fin 2028, les PROM et les PREM seront utilisés à l'échelle nationale dans au moins un domaine de soins prioritaire

Bien que les soins centrés sur le patient relèvent d'une approche plus large, mobilisant notamment les plans de soins individuels, la prise de décision partagée, ou encore le suivi interprofessionnel, le présent objectif de soins de santé se concentre spécifiquement sur les PROM et PREM en tant qu'instruments de soutien dans ce cadre et vise leur intégration systématique dans la mesure et le suivi de la qualité et de l'efficacité des soins. Dans ce cadre, les indicateurs PROM et PREM constituent, aux côtés des analyses de variations de pratiques et des soins à faible valeur ajoutée, un élément supplémentaire permettant d'objectiver les dites dimensions. À travers des processus de transparence et de monitoring, ces analyses offrent une lecture des résultats rapportés par les patients (PROM) et de leur expérience (PREM), y compris les besoins et préférences des patients. Ces informations peuvent être prises en compte explicitement lors de l'évaluation et de l'ajustement de la politique et de l'offre de soins.

Cette démarche s'inscrit dans une évolution plus large vers des soins davantage centrés sur la personne et sur la population, en renforçant à la fois les soins sur mesure et le management de la population. Dans le modèle Appropriate Care, les patients sont reconnus, aux côtés des dispensateurs, des institutions de soins et des acteurs politiques, comme des parties prenantes à part entière. Les PROM et PREM soutiennent cette approche en objectivant de manière systématique le point de vue du patient et, lorsque pertinent, en l'intégrant aux mécanismes de transparence et de feed-back. À un stade ultérieur de maturité, il pourra également être examiné comment associer des patients (ou leurs représentants) au niveau collectif — par exemple via une consultation dans le cadre du fonctionnement de la Commission Appropriate Care, lors de la sélection des domaines prioritaires ou de l'interprétation des résultats.

La finalité de cet objectif est donc de parvenir à un modèle de soins où la voix du patient ne se limite plus à un rôle informatif, mais devient une composante structurelle et structurante d'un système de santé plus orienté vers la valeur et plus humain.

Indicateurs et méthode de mesure

Dans une première phase, la réalisation de cet objectif est suivie via la sélection formelle d'au moins un domaine de soins prioritaire par la Commission Appropriate Care d'ici fin décembre 2026, en accordant une attention particulière également aux soins de première ligne voir aussi le chapitre suivant sur le OSS3). Cette sélection définit le premier cadre d'application pour l'utilisation des PROM et PREM. L'élaboration du contenu se fait ensuite par le développement et la validation de questionnaires pertinents pour le domaine de soins sélectionné, en concertation avec d'autres administrations de soins de santé et des groupes d'experts pertinents.

L'application effective est ensuite mesurée via la collecte de ces résultats et expériences dans un registre numérique existant ou nouvellement créé, désigné à cet effet, en visant une charge administrative minimale.

Enfin, l'exploitation stratégique est établie par l'intégration effective de ces résultats dans les processus décisionnels, attestée notamment par des rapports (par exemple de la Commission AC). Un indicateur consiste à démontrer que ces résultats ont été pris en compte dans au moins une décision ou mesure concrète.

4.3.6 OSS 2.5 | RÉDUCTION DES VARIATIONS DE PRATIQUES ET SOINS À FAIBLE VALEUR AJOUTÉE

Sous-objectif

D'ici fin 2028, les administrations de soins de santé réduiront les variations injustifiées des pratiques et les soins de faible valeur (low value care) dans au moins cinq domaines de soins prioritaires, conformément à un objectif défini conjointement pour chaque domaine de soins, en évitant les effets collatéraux potentiels sur les patients

L'approche méthodologique d'identification et de priorisation des variations de pratiques et des soins à faible valeur ajoutée s'aligne sur le cadre analytique et la chaîne d'instruments définis dans le Plan Appropriate Care 2026-2027. Une voie possible pour repérer la sur-utilisation (overuse), la mauvaise utilisation (misuse) et la sous-utilisation (underuse) repose sur l'analyse des modèles de variation des prestations de santé à l'aide du practice-variation-mapping (cf. rapports Healthy Belgium et autres sources, telles que des audits hospitaliers). Les différences d'utilisation des soins entre dispensateurs, institutions ou régions sont ainsi mises en évidence. Les variations constatées qui, après analyse approfondie et en étroite collaboration avec le terrain, ne peuvent être expliquées par des différences de besoins des patients, de case-mix ou de caractéristiques épidémiologiques, peuvent donner lieu à des actions complémentaires conformément à la chaîne d'instruments (de la priorisation et la normalisation à l'implémentation, la transparence et le monitoring, le feedback ciblé, l'accompagnement, les incitants, la communication et, si nécessaire, des mesures de correction et des sanctions).

Pour chaque domaine de soins, une collaboration étroite est organisée avec les sociétés scientifiques existantes afin de valider cliniquement les analyses et, sur la base de l'expertise evidence-based, de développer des standards et des actions d'amélioration, en veillant à la pertinence clinique et à la faisabilité organisationnelle.

L'accent est également mis sur le déploiement d'outils d'aide à la décision, tels que les systèmes de Prescription Search Support (PSS) et des recommandations evidence-based practice (EBP) validées, afin de soutenir directement les dispensateurs de soins dans leurs choix en faveur de soins de qualité et efficaces. Cette approche est complétée par des mécanismes de feed-back et une diffusion structurée des données.

Enfin, une approche combinée de mesures structurelles, d'actions de soutien, d'incitants, de sensibilisation et, le cas échéant, de mécanismes de contrôle permet de stimuler les comportements souhaités et de décourager les soins non efficaces. Cette démarche s'inscrit dans un cadre de responsabilité partagée et d'implication de l'ensemble des parties prenantes concernées, afin d'ancrer durablement la réalisation des objectifs fixés.

Par cette réduction ciblée des variations de pratiques et des soins à faible valeur ajoutée, ce ne sont pas seulement l'efficacité et l'efficience du système de soins qui sont renforcées, mais surtout la garantie que chaque patient reçoive, au bon moment, les soins les plus appropriés et de la plus haute qualité.

Indicateurs et méthode de mesure

Le suivi de la réalisation de cet objectif est assuré dans un cadre formel de pilotage et de prise de décision. Dans ce cadre, une première étape consiste, d'ici la fin décembre 2026, à sélectionner au moins cinq domaines de soins prioritaires, sans préjudice de la possibilité d'intégrer ultérieurement d'autres domaines en fonction des priorités de santé, des analyses disponibles et des besoins identifiés. Pour chacun des domaines sélectionnés, un objectif commun de réduction des variations de pratiques et des inefficacités est ensuite défini d'ici fin juin 2027, en tenant compte des données disponibles, de l'expertise scientifique ainsi que des considérations relatives à la qualité, à la sécurité et à l'accessibilité des soins.

En outre, afin de garantir une application cohérente et transparente de ce cadre, une description des processus de sélection et de priorisation des futurs domaines et thématiques de soins sera élaborée d'ici fin décembre 2027. Ce processus a vocation à servir de cadre de référence commun pour l'ensemble des initiatives contribuant aux objectifs d'efficacité des soins, sans se limiter à un instrument ou à un programme spécifique.

La sélection des domaines de soins spécifiques, la définition des objectifs y afférents ainsi que la description du processus sont soumises pour validation à la Commission Appropriate Care.

4.4 Glossaire

G1	**BIHR** – *Belgian Integrated Health Record* : cadre fédérateur pour le partage d'informations de santé, visant à soutenir la continuité des soins et la réutilisation de données.
G2	**EHDS** : *European Health Data Space* : Cadre réglementaire européen relatif à l'usage primaire et secondaire de données de santé.
G3	**FAIR** – *Findable, Accessible, Interoperable, Reusable* : principes visant à garantir une gestion des données durable, transparente et réutilisable.
G4	**HDA** – *Health Data Agency* : acteur central de facilitation et de coordination pour les registres, les catalogues de données et l'utilisation secondaire des données.
G5	HDAB – *Health Data Access Body* : fonction, dans le cadre EHDS pour l'évaluation et l'octroi d'accès aux données à des fins d'utilisation secondaire.
G6	**ICD-10-BE** – *International Classification of Diseases, 10th Revision – Belgian Extension* : Version belge de la norme internationale des maladies et des diagnostics, utilisée pour l'enregistrement et le codage standardisés de données de santé.
G7	**IPS** – *International Patient Summary* : résumé minimal et standardisé des données essentielles du patient, destiné aux soins transfrontaliers et intercontextuels.
G8	**Only Once** – Principe selon lequel les données sont enregistrées une seule fois à la source, puis réutilisées de manière contrôlée.
G9	**PROM** – *Patient-Reported Outcome Measures* : résultats des soins rapportés par les patients.
G10	**PREM** – *Patient-Reported Experience Measures* : expériences des patients rapportées concernant les soins.
G11	**PSS** – *Prescription Search Support* : outil d'aide à la décision qui soutient les dispensateurs de soins dans un comportement prescripteur evidence-based et approprié.
G12	**SA** – *Sextuple Aim* : cadre international articulé autour de six dimensions, à savoir la qualité des soins, la santé de la population, le rapport coût-efficacité, l'équité et l'accessibilité, le bien-être des professionnels de santé et la durabilité écologique.
G13	**SNOMED CT** – *Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms* : norme terminologique clinique internationale.
G14	**SPE** – *Secure Processing Environment* : environnement de traitement sécurisé pour l'utilisation secondaire contrôlée de données.

5 Meilleure organisation des soins de première ligne et harmonisation des différentes lignes de soins (OSS3)

5.1 Introduction

Il existe un large consensus sur le fait que les évolutions sociales et les changements au sein du secteur des soins de santé nécessitent une réorganisation du paysage des soins. Nous ne présentons ici qu'un bref résumé des principales tendances, qui sont décrites en détail dans de nombreuses autres publications (voir par exemple la synthèse disponible dans (Groupe d'experts mandaté par la Conférence Interministérielle Santé publique 2025)).

Au cours des dernières années, on a constaté une augmentation de la multimorbidité, liée à une augmentation du nombre de maladies chroniques. Celles-ci sont liées à de nombreux facteurs : l'environnement, les conditions socio-économiques, l'organisation de l'économie, le mode de vie. Cela illustre l'importance d'une conception large de la prévention. Par ailleurs, les indicateurs relatifs à la qualité du suivi des malades chroniques montrent qu'il y a matière à amélioration (Schiøtz et al. 2017 ; OCDE 2025). La Belgique n'obtient pas non plus de bons résultats dans le domaine de la santé subjective et de la santé mentale (CHAIN 2025). On observe un intérêt croissant pour la santé mentale, et plus particulièrement pour l'orientation vers les soins de santé mentale (Bruffaerts, R. 2024).

Les changements intervenus dans le paysage des soins de santé ne facilitent pas la résolution de ces problèmes (Groupe d'experts mandaté par la Conférence Interministérielle Santé publique 2025). La pénurie de personnel soignant s'aggrave, y compris chez les médecins généralistes, avec pour conséquence que de plus en plus de citoyens sont confrontés à des refus d'acceptation de nouveaux patients. Les déficits en matière de soins sont en partie dus à la spécialisation croissante et au manque de rationalisation et de coordination au sein du secteur des soins. Dans les hôpitaux, on observe un raccourcissement de la durée des séjours et une évolution vers davantage de soins ambulatoires et de cliniques de jour. Cela entraîne une augmentation de la pression sur les soins de première ligne, car on attend également que les soins à domicile soient assurés dans des situations plus complexes. De plus, les réformes éventuelles doivent être mises en œuvre dans un contexte de forte pression sur le budget de l'État.

L'innovation s'accélère sans cesse, non seulement sur le plan technologique, mais aussi en matière de leadership. La transposition structurelle des *preuves* dans la pratique clinique quotidienne constitue notamment un défi majeur (Kemp 2019). Les prestataires de soins sont confrontés à un volume croissant de recommandations, de résultats de recherche et d'informations numériques, alors que les décisions cliniques doivent souvent être prises dans des délais très courts (Campbell et al. 2015). Le manque de temps, l'accès insuffisant à des sources fiables et la difficulté à traduire rapidement les *preuves* en décisions cliniques concrètes constituent des obstacles majeurs à la *pratique fondée sur les faits (EBP).* Ce défi est commun à différentes professions de santé (Paci et al. 2021 ; Kemp 2019 ; Kwag et al. 2016)

5.2 Les besoins du patient/demandeur de soins : objectifs de vie individuels et collaboration interprofessionnelle

Dans ce contexte marqué par une augmentation de la multimorbidité, des maladies chroniques et de la complexité des demandes de soins, la qualité des soins prodigués au patient exige une collaboration étroite entre les différents professionnels de santé. Des soins de qualité exigent également une attitude proactive de la part des prestataires de soins, soucieux à la fois de la continuité relationnelle, informationnelle et organisationnelle des soins. Les besoins et les objectifs de vie du patient doivent toujours être au cœur de cette démarche. Nous aborderons d'abord ces principes fondamentaux, puis leurs implications pour l'organisation structurelle des soins de première et de deuxième lignes. Les objectifs concrets en matière de soins de santé, ainsi que les indicateurs qui s'y rapportent, seront principalement abordés lors de l'examen de l'organisation structurelle.

5.2.1 LES OBJECTIFS DE VIE INDIVIDUELS COMME POINT DE DÉPART

Les indicateurs PaRis belges (OCDE 2025) relatifs à la qualité des soins de première ligne suggèrent que les patients sont globalement satisfaits de la communication avec leur médecin généraliste et qu'ils sont impliqués par ce dernier dans les décisions. Cette participation n'est toutefois pas formalisée et seule une minorité de patients dispose d'un plan de soins détaillé. Même dans le contexte des soins de fin de vie, où les souhaits et les objectifs du patient occupent une place prépondérante, l'élaboration et le suivi d'un plan de soins ne constituent pas une pratique courante.

Traditionnellement, la prise en charge des maladies chroniques en Belgique s'est orientée vers l'élaboration de parcours de soins spécifiquement axés sur une seule maladie chronique (des parcours ont été mis en place pour le « diabète de type 2 » et l'« insuffisance rénale chronique »). Cette approche se heurte à ses limites dans un contexte de multimorbidité et la littérature fait également état d'une préoccupation croissante concernant l'« inequity by disease » (inégalité liée à la maladie) (Groenewegen, Keskimäki et Leyland 2026), dans laquelle des patients présentant un problème semblable sont traités différemment selon qu'ils participent ou non à un programme de soins. Pour les patients atteints de maladies chroniques et de multimorbidité, il convient donc de privilégier l'élaboration de plans de soins individuels. Ces plans de soins sont élaborés et suivis sur une base interprofessionnelle, selon une approche centrée sur le patient, en mettant l'accent sur l'autonomisation et l'autogestion. Le patient (ou son représentant) participe à la prise de décision au sein de l'équipe interprofessionnelle. Cela implique bien sûr qu'une attention suffisante doit être accordée à la *littératie en santé* et que la participation des patients suppose un processus dynamique d'échange d'informations dans toutes les directions (du patient vers les prestataires de soins et vice versa).

Le plan de soins n'est pas un document statique, mais le reflet d'un processus de collaboration entre la personne, ses proches et les prestataires de soins concernés (Coulter et al. 2015). Il s'agit d'un outil évolutif qui doit pouvoir être régulièrement adapté aux changements intervenant dans la situation de la personne, dans son environnement ou dans l'organisation du réseau et de l'équipe de soins. Ainsi, l'arrivée d'un nouveau professionnel au sein du réseau actif entourant la personne nécessite souvent une révision du plan afin de préserver la cohérence de l'accompagnement et la répartition des responsabilités.

Les soins ciblés et centrés sur la personne ne se basent pas uniquement sur la ou les pathologies, mais intègrent à la fois les objectifs de santé et les objectifs de vie de la personne (De Maeseneer et Boeckxstaens 2012 ; Grudniewicz et al. 2023). Des outils tels que CLEVER (qui tient compte du contexte, de l'histoire de vie, de l'engagement, des valeurs fondamentales et des émotions de manière

pertinente) peuvent y contribuer (Van de Velde et al. 2025), mais l'accent doit être mis sur une communication ouverte et centrée sur la personne. Le traitement doit être axé sur des activités enrichissantes et sur la participation à la vie sociale. La participation a en soi un effet positif sur le bien-être subjectif (Glass et al. 1999). Parallèlement, les objectifs de santé, tels que la maîtrise des symptômes, l'état fonctionnel et les résultats cliniques, restent bien sûr un pilier indispensable du processus de soins. Ces deux dimensions sont reliées entre elles, puis traduites en objectifs de soins concrets (SMART) et intégrées dans le dossier personnel du patient. Les objectifs de soins s'inscrivent dans un plan de soins cohérent.

OSS3a. Pour les patients atteints de maladies chroniques, les soins sont organisés sur la base d'un plan de soins individuel, élaboré en concertation avec le patient, qui s'appuie sur ses objectifs de vie personnels et qui est partagé par le patient (et, le cas échéant, son entourage) ainsi que par les différents acteurs au sein d'une équipe interprofessionnelle.

Indicateur : nombre/pourcentage de patients atteints de maladies chroniques bénéficiant d'un plan de soins individuel

5.2.2 COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

La Belgique obtient actuellement de très mauvais résultats pour l'indicateur « recours systématique à des non-médecins pour soutenir les soins chroniques en première ligne ». Selon l'enquête PaRIS (OCDE 2025), seuls 46 % des patients belges bénéficient de l'intervention de non-médecins dans le cadre de leurs soins chroniques, alors que la moyenne de l'OCDE pour PaRIS s'élève à 83 %.

Il existe pourtant de nombreuses preuves convaincantes que la collaboration interprofessionnelle au niveau des soins de première ligne peut améliorer la qualité des soins (Bates et al. 2025 ; Carron et al. 2021). Les équipes interprofessionnelles peuvent offrir davantage de services qu'un médecin généraliste seul : d'autres professionnels peuvent jouer un rôle important dans les soins préventifs et dans la prise en charge des malades chroniques. Cela peut non seulement améliorer la qualité des soins, mais aussi apporter une réponse partielle à la pénurie de soins (Porter et al. 2022). La collaboration interprofessionnelle permet de rassembler les connaissances issues de différentes disciplines et peut parfois donner naissance à de nouvelles perspectives interdisciplinaires et transdisciplinaires (Valentijn 2016 ; Valentijn et al. 2013).

5.2.3 DÉCLOISONNEMENT DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Afin de dépasser les limites de la répartition classique des professions de santé dans l'intérêt du patient, il existe un besoin évident de décloisonnement entre les professions de santé. En ne liant plus strictement les rôles, les responsabilités et les tâches à un seul groupe professionnel, les professionnels de santé peuvent être mobilisés de manière flexible. Le décloisonnement n'est pas une fin en soi, mais un moyen de mettre en place des soins intégrés, centrés sur la personne et efficaces. Dans les soins de première ligne, cela se traduit principalement par le principe fondamental selon lequel les soins appropriés doivent être dispensés au bon endroit par le professionnel de santé le plus adapté, avec des accords clairs sur les compétences, les responsabilités et la collaboration, et en s'appuyant sur les principes de la *pratique fondée sur les faits* (EBP). Il existe des preuves solides (Paier-Abuzahra et al., 2024) indiquant que le transfert et le partage des tâches améliorent la qualité des soins (baisse de la mortalité, diminution des hospitalisations, satisfaction accrue des patients, meilleur suivi des patients, résultats cliniques comparables).

Pour que le décloisonnement soit à la fois réalisable et sûr dans la pratique, une différenciation des tâches est nécessaire : une répartition explicite et axée sur les processus des tâches au sein de l'équipe interprofessionnelle (qui fait quoi, dans quelles conditions, sous quelle supervision) (Porter et al. 2022) La différenciation des tâches concerne la répartition de tâches concrètes au sein des processus de soins, tandis que la différenciation des fonctions (par exemple via une échelle clinique) décrit les rôles et les niveaux de responsabilité dans lesquels ces tâches s'inscrivent. Le principe de subsidiarité peut servir de ligne directrice à cet égard : chaque tâche est effectuée par le professionnel de santé le plus approprié – de préférence au plus près du patient et par le profil le moins spécialisé capable de l'exécuter de manière compétente et avec un niveau de qualité avéré – avec des protocoles clairs, des « signaux *d'alerte* » et des accords sur les responsabilités. La possibilité (limitée) d'un accès direct à un kinésithérapeute en est un bon exemple récent. Ainsi, le décloisonnement renforce l'accessibilité et l'efficacité, sans compromettre la qualité ni la sécurité des patients.

5.2.4 TRANSFERT ET PARTAGE DES TÂCHES

Le « *task shifting* » consiste, le cas échéant, à transférer des tâches de professionnels de santé ayant suivi une formation plus spécialisée vers des professionnels de santé disposant d'une formation ou d'une qualification différente (parfois moins spécialisée). Il s'agit du transfert ou du déplacement de tâches cliniques, non cliniques ou administratives entre professionnels (dans le respect d'une certaine hiérarchie professionnelle) (Das, Grant et Fearon 2025 ; Das, Grant et Weller 2024 ; Orkin et al. 2021). *Le transfert de tâches* peut apporter une réponse à la pénurie de personnel et à la complexité croissante des soins, mais il n'est durable que si la sécurité des patients et la qualité sont explicitement garanties. Cela nécessite :

- un cadre juridique et réglementaire clair précisant quelles tâches peuvent être effectuées par qui, dans quelles conditions et avec quelle responsabilité ;
- des accords formels allant au-delà de la délégation ad hoc (par exemple, des protocoles bien définis, des directives et/ou des outils d'aide à la décision, avec des « signaux *d'alerte*» et des critères d'orientation clairs) ;
- une formation, un accompagnement et une supervision, y compris un développement professionnel continu (apprentissage tout au long de la vie) ;
- des moyens de mise en œuvre et de pérennisation (temps, soutien informatique, gestion du changement) afin que cette réorientation ne soit pas une simple solution d'urgence temporaire.

Dans le cadre du partage des tâches ou *task sharing*, les soins sont dispensés par une équipe composée de différents professionnels de santé (et, le cas échéant, d'aidants-proches) plutôt que par un seul profil, ce qui implique une collaboration étroite au sein des équipes. Un véritable travail d'équipe interprofessionnel nécessite une mission commune, une répartition transparente des tâches, une communication bidirectionnelle et un suivi conjoint des patients. *Le Task sharing* va donc au-delà de la simple « répartition du travail » : il s'agit d'une manière de repenser les processus de soins autour du patient et de ses objectifs de vie, et en collaboration avec lui.

Le transfert de tâches et *le partage des tâches* doivent aller au-delà des soins de première ligne, mais doivent également être possibles entre la première et la deuxième lignes. Ce point sera abordé plus en détail dans la suite du présent avis.

5.2.4.1 Différenciation des fonctions

Une répartition transparente des tâches peut être favorisée par la différenciation des fonctions, comme la réforme des soins infirmiers via l'échelle de soins et d'apprentissage. Cette échelle clinique crée un cadre dans lequel les infirmiers peuvent se développer en termes d'expertise et de prise de responsabilités, et comprend différents niveaux (de l'aide-soignant au chercheur en soins infirmiers cliniques). Ces niveaux ne constituent ni des îlots parallèles, ni des structures hiérarchiques en arborescence, mais des fonctions qui s'appuient les unes sur les autres : les compétences et les responsabilités sont prises en compte et élargies à mesure que l'on progresse. Cela peut (i) contribuer à une affectation ciblée du personnel soignant, (ii) favoriser un recrutement tourné vers l'avenir et l'afflux de ressources en vue de soins sûrs et de qualité, et (iii) renforcer les parcours de progression et l'apprentissage tout au long de la vie. En parallèle, la vigilance s'impose : la différenciation des fonctions ne doit pas créer de « cloisonnements » supplémentaires.

5.2.4.2 Réforme de la loi sur l'exercice des professions de santé (LEPS)

Cela implique également une réforme du cadre réglementaire (notamment la LEPS), dans laquelle l'accent passe d'une pyramide rigide fondée sur les diplômes à un cadre qui met l'accent sur les compétences, les responsabilités, les accords de supervision et le contexte clinique. Les professionnels doivent pouvoir acquérir des compétences supplémentaires au cours de leur carrière, avec la reconnaissance, l'assurance qualité et le financement adaptés qui créent les incitations appropriées pour intégrer efficacement ces compétences. Le principe de base est le suivant : « la compétence vaut habilitation ».

OSS3b. Le cadre réglementaire de la LEPS est révisé afin de permettre l'acquisition et la reconnaissance flexibles des compétences tout au long de la carrière.

Indicateurs : oui/non

5.2.5 CONDITIONS SYSTÉMIQUES POUR UNE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DURABLE

Afin de permettre une collaboration interprofessionnelle durable et le décloisonnement des professions de santé, une série de conditions doivent être remplies au niveau du système :

- Modèle organisationnel : les soins de première ligne doivent être développés grâce à des pratiques et réseaux de première ligne organisés de manière interprofessionnelle, dotés d'un financement adapté (et non uniquement à l'acte ou par groupe professionnel) et offrant des perspectives de carrière claires, afin que le transfert de *tâches, le partage des compétences* et la différenciation ne restent pas fragiles et temporaires.
- Communication et coordination aux niveaux méso et macro (entre et avec les filières/environnements de soins) : gestion partagée des dossiers, co-création interprofessionnelle de l'information, concertation multidisciplinaire/interprofessionnelle structurée et protocoles de transfert clairs.
- Contrôle de la qualité et suivi : un cadre de qualité mesurable comprenant des indicateurs relatifs à l'accessibilité, à l'approche centrée sur la personne, à la sécurité des patients, à la continuité des soins, aux résultats cliniques et à la charge de travail.

Ces différentes conditions systémiques sont actuellement approfondies et nous proposons des indicateurs qui y sont liés.

5.3 Modèle organisationnel : pratiques médicales de première ligne, réseaux de soins de première ligne et zones locorégionales

Nous plaidons en faveur d'une organisation territoriale des soins, dans laquelle les acteurs des différents niveaux collaborent étroitement entre eux (Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Groote J, Schoonaert L, Vercruysse H, Vlaemynck M, Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede, et K, Benahmed 2022 ; Valentijn 2016 ; Valentijn et al. 2013).

- À la base de cette structure, on trouve des pratiques médicales interprofessionnelles de première ligne.
- Les pratiques de première ligne collaborent avec d'autres acteurs sociaux et de santé au sein de réseaux de première ligne. Ces réseaux sont organisés au niveau du quartier. Il s'agit de partenariats bien organisés au sein desquels les personnes ayant besoin de soins conservent une grande liberté de choix.
- Les pratiques de première ligne et les réseaux de première ligne sont soutenus, au niveau mésos, par des structures faîtières.
- Une collaboration structurée est nécessaire entre les soins de première ligne et les hôpitaux au niveau des zones locorégionales.

Les réseaux de soins de première ligne sont des partenariats fonctionnels articulés autour des personnes ayant besoin de soins et d'accompagnement. Les deux autres niveaux constituent des structures organisationnelles chargées d'assurer un soutien adéquat aux pratiques de première ligne et aux réseaux de première ligne, ainsi qu'une meilleure coordination entre les différents axes de soins. À l'heure actuelle, de telles structures de soutien ont déjà été mises en place de manière quelque peu différente dans les différentes régions du pays (zones de première ligne, bassins de vie, organisations loco-régionales…). L'annexe III présente un aperçu de la situation actuelle. La COSS ne se prononce pas (et n'est d'ailleurs pas compétente pour le faire) sur l'organisation concrète de ces structures au niveau méso et au niveau loco-régional. Nous proposons de laisser les choix opérationnels concrets aux entités fédérées, mais nous esquissons néanmoins une structure générale dont les grandes lignes peuvent être appliquées partout.

La COSS est consciente que le découpage territorial actuel (zones de première ligne, bassins de vie, zones locorégionales, réseaux hospitaliers, réseaux de santé mentale pour adultes, enfants et adolescents) manque de cohérence. Les réformes dans ce domaine sont difficiles à mettre en œuvre, car elles se heurtent à des intérêts bien établis et à des structures déjà actives (depuis longtemps). La mise en place d'une structure territoriale cohérente pour les soins devrait constituer une priorité majeure de la politique.

5.3.1 LA PRATIQUE MÉDICALE DE PREMIÈRE LIGNE (PM)

Au sein des soins de première ligne, les prestataires de santé s'organisent en pratiques médicales (PM). Une PM comprend, outre un ou plusieurs médecins généralistes, au moins une infirmière de pratique, un assistant médical, ainsi qu'un soutien administratif. En fonction des besoins de la population locale, une collaboration avec d'autres professionnels de santé (pharmacien, dentiste, paramédicaux, psychologues, travailleurs sociaux, spécialistes…) est également mise en place au sein de la PM. Il existe par exemple des *preuves* solides indiquant qu'une collaboration interprofessionnelle structurée au sein d'une PM a des effets très positifs sur la santé mentale, notamment en cas de dépression et d'anxiété

(Carron et al. 2021). Tous les citoyens sont tenus de s'inscrire auprès d'une seule PM, mais ils conservent bien sûr la liberté de choisir une PM parmi toutes celles qui sont présentes dans leur quartier (ou les quartiers voisins). Nous reviendrons par la suite sur la question des arrêts d'acceptation de nouveaux patients.

Nous plaiderons plus loin dans cet avis en faveur d'une forme plus poussée de financement forfaitaire, car celle-ci est la mieux adaptée (voire indispensable) à une véritable collaboration interprofessionnelle et à la prévention ; toutefois, en principe, une pratique médicale dont le financement est principalement basé sur la prestation peut également s'ouvrir à plusieurs prestataires de soins et satisfaire ainsi aux conditions minimales formulées. Entre ce modèle, d'une part, et les maisons médicales bénéficiant d'un financement par capitation, d'autre part, il existe différentes possibilités, parmi lesquelles figurent notamment les pratiques « New Deal » récemment mis en place. Le choix optimal entre ces modèles d'organisation peut dépendre du contexte (par exemple, une petite commune rurale par opposition à un environnement métropolitain). Plutôt que de plaider en faveur de l'un de ces modèles spécifiques, nous souhaitons souligner l'importance de la collaboration interprofessionnelle. Les prestataires de soins qui collaborent au sein d'une PM ne doivent pas nécessairement être regroupés sous un même toit. Toutefois, pour qu'il s'agisse d'une PM, il doit exister un partenariat clairement défini sur le plan juridique et une concertation permanente concernant la prise en charge des patients concernés. Les PM sont intégrées dans un réseau de soins de première ligne plus large (voir ci-après), auquel participent tous les prestataires de soins concernés.

OSS3c. Les soins de première ligne sont organisés autour de pratiques médicales de première ligne où, outre un médecin généraliste, d'autres professionnels de santé apportent une contribution substantielle.

Indicateur : nombre de médecins généralistes s'organisant en pratique médicale comprenant au moins une infirmière et un soutien administratif et/ou un assistant médical.
Indicateur : nombre de pratiques médicales (PM) qui, outre un médecin généraliste et un soutien administratif, comptent au moins deux autres professionnels de santé.

5.3.1.1 Organisation du task shifting et du task sharing au sein de la PM

Toutes les prestations de soins ne se prêtent pas à un transfert de tâches. Le médecin généraliste continue de jouer un rôle prépondérant dans le diagnostic des symptômes indifférenciés présentés par les patients et dans la prise en charge des cas instables et complexes, en étroite collaboration avec d'autres professionnels de santé spécialisés. La délégation de tâches peut être maximale pour les soins stables, prévisibles et pouvant faire l'objet de protocoles, dans un cadre qui précise les compétences, la supervision et les critères d'escalade. Il s'agit ici en premier lieu des soins chroniques et préventifs.

Les patients peuvent choisir un interlocuteur unique qui les accompagne tout au long de leur parcours de soins. Cela améliore la qualité des soins et la satisfaction des patients (cf. l'enquête PaRIS «). Cet interlocuteur sera souvent, mais pas nécessairement, le médecin généraliste. Au sein d'une pratique médicale (PM), il n'y a pas de hiérarchie stricte, mais tous les professionnels collaborent de manière complémentaire en s'appuyant sur leur expertise et leurs connaissances. Les professionnels non-médecins sont eux aussi souvent solidement formés à la pratique fondée sur les *faits*, à l'utilisation des recommandations et à l'amélioration de la qualité. Les différentes professions de santé disposent d'un *corpus de connaissances clair*, de compétences bien définies et d'un raisonnement clinique validé (y compris les « signaux *d'alerte* »), complétés par des cadres de qualité et des accords clairs de collaboration et de référence. Fort de cette expertise partagée, la mise en place d'une équipe de soins interprofessionnelle en première ligne s'impose comme une évidence. La communication doit toujours s'effectuer dans différentes directions. Une infirmière doit avoir accès aux registres de contacts du

médecin, du pharmacien, etc., et inversement, selon le principe du *« need to know ».* Le kinésithérapeute peut rédiger un rapport d'évolution, qui doit ensuite faire l'objet d'un suivi par le médecin. Certains problèmes liés aux médicaments (par exemple, des difficultés à avaler) doivent être signalés directement au pharmacien. Le pharmacien assure le suivi et la révision des traitements médicamenteux, apporte son soutien à l'observance thérapeutique et partage ses conclusions avec le médecin.

Dans ce contexte, la continuité des soins doit bien entendu toujours être garantie. La délégation des tâches ne doit pas se faire de manière ponctuelle, mais s'inscrire dans un cadre juridique et réglementaire clair, garantissant sécurité et pérennité. Il est important que se constituent de « véritables » équipes dotées d'une organisation stable, de rôles bien définis et d'une communication ouverte et honnête. Comme indiqué précédemment, des protocoles clairs sont indispensables pour garantir un bon fonctionnement. Bien entendu, il faut également toujours laisser une certaine marge de manœuvre pour la variation et la flexibilité.

5.3.1.2 Evidence-based practice

La répartition des tâches guidée par des protocoles suppose que tous les professionnels de santé concernés puissent s'appuyer sur la même base de *preuves* fiable et actualisée. *À cet égard, la pratique* fondée sur les faits ne doit pas être considérée comme une responsabilité individuelle de chaque prestataire de soins, mais comme une condition systémique pour une collaboration interprofessionnelle sûre, de qualité et cohérente. Les lignes directrices, les informations au chevet *du patient*, les outils de mise en œuvre et les aides à la décision doivent être facilement accessibles à tous les groupes professionnels assumant des responsabilités au sein de la pratique de première ligne et du réseau de soins de première ligne.

Les sources d'information au chevet du patient peuvent constituer un levier important à cet égard. Elles synthétisent des données *probantes* actualisées et évaluées sur le plan méthodologique sous une forme facilement consultable au cours du processus de soins et cliniquement applicable pour différents groupes professionnels. Des études montrent que ces ressources peuvent aider les professionnels de santé à trouver plus rapidement et avec davantage de confiance des réponses à leurs questions *cliniques*, et que les sources de connaissances électroniques et l'aide à la décision clinique peuvent contribuer à améliorer la pratique clinique et les résultats pour les patients (Baxter et al. 2022 ; Bradley-Ridout et al. 2021 ; Campbell et al. 2015 ; Kwag et al. 2016 ; Maggio et al. 2019 ; Mebrahtu et al. 2021 ; Wasserman et al. 2024). C'est pourquoi les protocoles de *task shifting* et de *task sharing* ne doivent pas seulement être convenus au niveau local, mais également être systématiquement associés à des sources validées issues de la pratique fondée sur les faits (EBP). Ce n'est qu'ainsi que la délégation et le partage des tâches, ainsi que la collaboration axée sur les compétences, pourront conduire à des soins cohérents, à une réduction des variations indésirables dans la pratique et à une diminution des soins de faible *valeur*.

OSS3d. Au sein des pratiques médicales de première ligne, les tâches sont partagées entre différents professionnels de santé sur la base de protocoles clairement définis, qui s'appuient sur des connaissances scientifiques actualisées.

Indicateur : nombre/pourcentage de PM travaillant selon des protocoles clairement définis pour la délégation des tâches

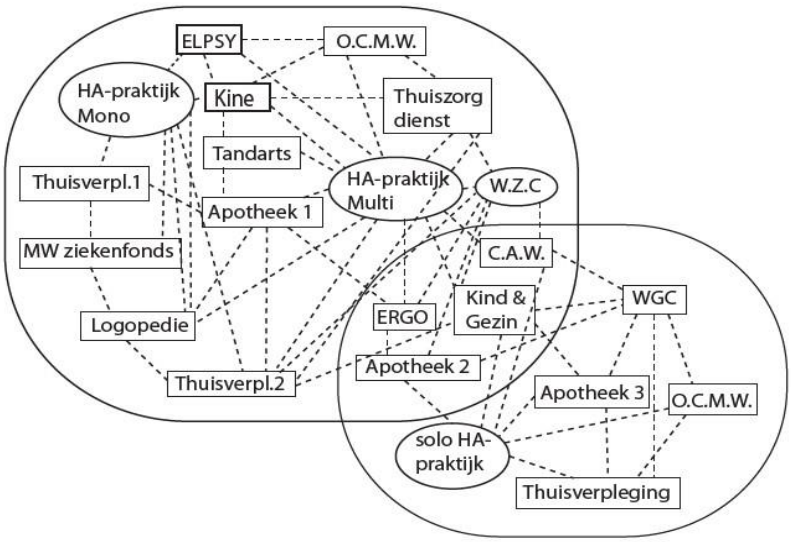
Indicateur : nombre/pourcentage de PM qui associent les protocoles de délégation des tâches à des sources validées de pratique fondée sur les faits (EBP)

Indicateur : nombre/pourcentage de PM dans lesquels des professionnels de santé non-médecins jouent un rôle actif dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques.

5.3.2 RÉSEAUX DE PREMIÈRE LIGNE

Tous les prestataires de soins de première ligne d'un quartier ou d'une commune (comptant entre 5 000 et 15 000 habitants, selon la Région) collaborent au sein d'un ou plusieurs « réseaux de soins de première ligne ». Les réseaux de première ligne sont des partenariats organisés qui regroupent tous les professionnels de santé concernés (médecins généralistes, infirmiers à domicile, services d'aide à domicile, psychologues de première ligne et autres professionnels de la santé mentale, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, pharmaciens, travailleurs sociaux, intervenants de rue, …), même lorsqu'ils ne sont pas regroupés sous un même toit, et qui assument la responsabilité des patients inscrits dans le réseau.

Au sein du réseau de première ligne, des accords sont conclus pour organiser ensemble les soins au niveau du quartier. Si nécessaire, une équipe interprofessionnelle de soins de première ligne peut être constituée autour de patients individuels, avec la participation de la personne concernée et de son entourage. Les patients conservent ainsi l'entière maîtrise de leur prise en charge et bénéficient d'une grande liberté de choix. La figure ci-dessous illustre la structure d'un réseau de soins de première ligne.



Source : (TOGETHER WE MAKE CHANGE HAPPEN! 2022)

La collaboration au sein du réseau doit être étroite et ne pas se limiter à une simple formalité sur le papier : le réseau de soins de première ligne se caractérise par une mission et une vision communes, ainsi que par une répartition claire des tâches entre les différents professionnels de santé. Pour rendre cette collaboration structurelle possible, un soutien est nécessaire (infrastructures, par exemple postes infirmiers partagés, recrutements communs au niveau du réseau avec possibilité de détachement vers des centres de soins de première ligne individuels, matériel lourd). À cette fin, un soutien financier supplémentaire est donc également nécessaire. Son organisation concrète (tant en matière de financement que de *gouvernance*) dépendra des décisions qui seront prises concernant la structure faîtière au niveau méso.

Un réseau de soins de première ligne assume la responsabilité de garantir l'accessibilité des structures et des professionnels de santé de première ligne à tous les habitants concernés. Cela implique une obligation d'acceptation des nouveaux habitants du quartier ou de la commune au niveau du réseau de soins de première ligne, mais pas nécessairement à tout moment au niveau de chaque pratique médicale de première ligne faisant partie de ce réseau.

Les réseaux de soins de première ligne s'inscrivent dans le cadre du programme interfédéral « Soins intégrés ». Ce programme définit la coordination des soins comme « un processus collaboratif d'évaluation, de planification, de concertation et de défense des intérêts, afin que les options et les services répondent aux besoins globaux en matière de soins (et aux souhaits) de la personne et de son entourage ». Lorsque la coordination des soins ne suffit pas à offrir à la personne et à son aidant-proche les soins et le soutien nécessaires, il est possible de faire appel à un gestionnaire de cas, dont le rôle consiste à « rétablir et stabiliser la situation de soins du patient ainsi que la coordination des soins, afin que le processus de soins puisse à nouveau se dérouler de manière qualitative ». Nous proposons d'introduire le rôle de gestionnaire de cas au niveau méso présenté plus loin dans le présent avis.

OSS3e. Au niveau du quartier ou de la commune, des réseaux de soins de première ligne sont constitués et regroupent tous les professionnels de santé concernés.

Indicateur : nombre de patients ayant un DMG dans une pratique médicale de première ligne faisant partie d'un réseau de soins de première ligne.
Indicateur : nombre de professionnels de santé de première ligne participant activement à un réseau de soins de première ligne

Indicateur : nombre de réseaux de soins de première ligne dans une zone de soins de première ligne disposant d'un gestionnaire de cas. Indicateur : nombre de pratiques médicales de première ligne affiliées à un réseau de soins de première ligne sans limitation du nombre de patients.

5.3.3 POINTS D'ATTENTION SPÉCIFIQUES

La réorganisation des soins de première ligne fondée sur la collaboration interprofessionnelle peut également contribuer de manière significative à la résolution des problèmes prioritaires déjà soulevés dans notre avis de juin 2025 : les soins dentaires et bucco-dentaires, la santé mentale et l'incapacité de travail.

5.3.3.1. Soins dentaires et bucco-dentaires en première ligne

Au cours de la dernière décennie, on a constaté une nette amélioration de la santé bucco-dentaire (voir par exemple les données disponibles dans (Interuniversity Consortium Epidemiology 2025)), mais cette amélioration est moins marquée que dans d'autres pays et il existe d'importantes disparités sociales et régionales. Pour remédier à ces problèmes, il serait souhaitable d'intégrer les dentistes dans les pratiques médicales. Si cela s'avère difficile pour des raisons pratiques, il convient d'intégrer des équipes de soins bucco-dentaires de première ligne accessibles au sein des réseaux de soins de première ligne. Dans une optique de prévention, il faut absolument prévoir, au sein de ces réseaux, la possibilité de faire appel à des hygiénistes dentaires.

OSS3f. Les soins dentaires et bucco-dentaires sont intégrés dans les pratiques médicales de première ligne.
OSS3g. Une place est réservée aux hygiénistes dentaires au sein des réseaux de soins de première ligne.

Indicateur : proportion d'adolescents et de jeunes adultes, ainsi que de personnes bénéficiant d'une aide financière majorée, qui consultent un dentiste chaque année

5.3.3.2. Soins de santé mentale en première ligne

Au cours des dernières années, d'importants efforts ont été déployés pour développer les soins de santé mentale. Il va sans dire que ces efforts doivent être poursuivis. Il faut toutefois éviter que les soins de santé mentale se développent dans une niche qui leur serait propre, ce qui empêcherait une coordination optimale entre les soins de santé mentale et les soins somatiques. Il est recommandé que les soins de santé mentale s'inscrivent également dans le cadre de la pratique médicale. Pour la plupart des personnes souffrant de troubles mentaux, le médecin généraliste est d'ores et déjà le premier point d'accès aux soins. Nous avons déjà souligné plus haut les *preuves* montrant que la collaboration interprofessionnelle au sein d'une PM a des effets très positifs chez les patients souffrant de dépression et d'anxiété (Carron et al. 2021).

L'intégration des soins de santé mentale au sein d'une PM s'inscrit également dans l'objectif de s'éloigner progressivement du modèle individuel de prise en charge classique pour s'orienter, de manière accessible, vers un travail de proximité et axé sur le lieu de vie, ainsi que vers des interventions de groupe visant à renforcer la capacité à résoudre les problèmes et à accroître la résilience et la capacité d'adaptation des participants (Al-Dhahir e.a. 2022; Sokol en Fisher 2016). Les réseaux de première ligne peuvent offrir un cadre et une infrastructure de soutien à cet effet.

La prévention dès le plus jeune âge est un axe prioritaire (Bruffaerts, R. 2024). La prévention primaire est possible dans le cadre des soins de santé, en accordant une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé mentale – des aspects tels que les liens sociaux, mais aussi la vigilance face à toutes les formes possibles de maltraitance infantile. Actuellement, les personnes souffrant de troubles psychiques tardent à solliciter une prise en charge et ne sont pas orientées vers les soins en temps utile. Or, l'orientation rapide des personnes présentant des besoins en matière de santé mentale vers des soins adaptés est essentielle pour prévenir l'apparition ultérieure de problèmes plus graves. La détection précoce des problèmes et l'intervention précoce peuvent avoir lieu à différents niveaux et être assurées par différents acteurs, mais elles commencent souvent en première ligne. Un réseau de première ligne correctement développé est idéal pour traiter ces informations et en assurer le suivi.

OSS3h. Les soins de santé mentale s'articulent autour de la première ligne. Les réseaux de première ligne accordent une attention particulière au dépistage précoce des personnes présentant des problèmes psychiques.

> ***Indicateur : délai d'attente moyen entre l'apparition des problèmes mentaux et le premier contact avec le secteur des soins (si possible, ventilé par zone géographique et par catégorie socio-économique)***

Comme cela a déjà été souligné au chapitre 2, les indicateurs proposés dans le présent avis doivent être considérés comme indicatifs. Cela vaut d'autant plus dans le cas présent, car les notions d'« apparition des troubles mentaux » et de « premier contact avec le secteur des soins » doivent encore être définies de manière univoque.

5.3.3.3 Les soins de première ligne et l'incapacité de travail

Dans les projets de réforme du système d'incapacité de travail, la PM joue un rôle central. L'objectif est d'instaurer une collaboration efficace entre le patient, le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail. Le médecin généraliste traitant est souvent le premier interlocuteur des patients en incapacité de travail et joue un rôle clé dans le suivi médical et l'accompagnement des patients vers leur réinsertion sur le marché du travail. Le retour au travail doit être explicitement reconnu comme un objectif de santé et de soins de santé, car la participation à la vie active est un déterminant important du rétablissement physique et mental. Cela implique que les soins de première ligne ne se concentrent pas uniquement sur le diagnostic et le traitement, mais s'engagent également activement

en faveur du maintien de l'emploi et d'une réinsertion durable, en étroite collaboration avec les acteurs concernés par le retour au travail (ReAT). La plateforme de communication numérique TRIO doit, à cet égard, faciliter la collaboration entre le médecin généraliste (médecin traitant), le médecin du travail (conseiller en prévention et médecin du travail) et le médecin-conseil de la mutuelle.

Les réseaux de première ligne jouent ici un rôle clé en facilitant une collaboration structurelle et une orientation coordonnée, ce qui permet de surmonter la fragmentation actuelle entre les soins et le monde du travail. Parallèlement, une délimitation claire des tâches et une simplification du paysage du ReAT sont essentielles pour réduire les obstacles rencontrés par les patients et les professionnels de santé et pour accroître l'efficacité. Enfin, l'intégration d'outils tels que le guide ReAT dans le dossier médical électronique, associée à une formation ciblée des médecins généralistes et autres professionnels de santé, doit permettre de faire du retour au travail un élément naturel et opérationnel de la pratique des soins de première ligne. À court terme, le certificat électronique sera mis en place et partagé avec le médecin du travail, et l'introduction d'un fitnote ou certificat d'aptitude est prévue. Au sein d'une PM, le trajet de retour au travail peut être élaboré avec la contribution non seulement du médecin généraliste, mais aussi d'autres professionnels de santé et du REAT, tant en première qu'en deuxième ligne.

Tout cela ne signifie bien sûr pas que la PM puisse être considérée comme la principale responsable du succès ou de l'échec de la politique de retour à l'emploi, qui dépendra en effet également du contexte économique et social plus large. Mais la première ligne est bel et bien un acteur essentiel de cette politique.

OSS3i. Tous les professionnels de santé au sein d'un réseau de soins de première ligne collaborent à l'élaboration de trajets personnalisés de « retour au travail ».

Indicateur : nombre de pratiques médicales de première ligne disposant de protocoles clairs pour la mobilisation des différents professionnels de santé dans le cadre d'une stratégie de retour au travail.

5.3.4 STRUCTURES DE SOUTIEN AU NIVEAU MÉSO

Les réseaux de première ligne sont avant tout des partenariats fonctionnels organisés autour des personnes ayant des besoins en matière de soins. Ils doivent bénéficier d'un soutien organisationnel au niveau méso. Ce niveau méso doit assurer la coordination des différentes PM et réseaux de première ligne, ainsi que la mise en place d'une collaboration structurée avec d'autres acteurs, y compris les administrations locales. En Flandre, ce rôle est assumé par les zones de première ligne ; dans la partie francophone du pays, on travaille à la mise en place d'une structure territoriale semblable (voir le tableau de l'Annexe III). Comme indiqué précédemment, nous laissons ouverte la forme concrète d'organisation au niveau mésostructurel, car, conformément à nos principes généraux, le choix de la mise en œuvre spécifique de cette structure doit être laissé aux entités fédérées.

Nous pouvons toutefois décrire en termes généraux les fonctions de ces mésostructures. Elles assurent une forte cohésion entre les professionnels de santé traditionnels, le secteur social, les représentants des personnes ayant besoin de soins et d'accompagnement et les administrations locales. Elles peuvent ainsi jouer un rôle important dans la création et la dynamisation des réseaux de première ligne. Grâce à leurs contacts avec les autorités locales, elles peuvent également examiner les aspects infrastructurels. Elles peuvent jouer un rôle de soutien important dans la gestion de la population (voir ci-après) et dans les discussions avec les hôpitaux. Nous avons déjà suggéré que des gestionnaires de cas pourraient être désignés à ce niveau.

5.3.5 ZONES LOCORÉGIONALES

« Au-delà » de ce premier niveau méso, il convient également de mettre en place des structures de gouvernance à un niveau territorial supérieur, au sein desquelles les hôpitaux sont également représentés. Une révision de la structure des réseaux hospitaliers est nécessaire à cet effet. Des zones locorégionales sont indispensables pour structurer la coordination entre les soins de première et de deuxième ligne. Des évolutions telles que la réduction de la durée d'hospitalisation et le recours accru aux cliniques de jour exercent une pression supplémentaire sur les soins de première ligne, qui restent les premiers responsables de la continuité des soins. La réforme nécessaire du paysage hospitalier doit tenir compte de l'organisation des soins de première ligne – et, inversement, la réorganisation des soins de première ligne doit également s'inscrire dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier.

La COSS soutient les recommandations du groupe d'experts, créé par la Conférence interministérielle Santé publique (Groupe d'experts mandaté par la Conférence Interministérielle Santé publique). Cette commission plaide elle aussi en faveur de zones de soins adoptant une approche axée sur la population. Le groupe d'experts propose de mettre en place des centres médicaux locaux (CML) destinés aux soins spécialisés ambulatoires. Un CML assure des soins spécialisés ambulatoires planifiables. Outre la chirurgie ambulatoire, l'offre de soins peut également inclure des interventions en médecine interne, des consultations en ambulatoire et la dialyse à faible intensité de soins. En outre, un CML peut organiser une rééducation ambulatoire ou en clinique de jour, après la sortie de l'hôpital et en concertation avec la première ligne. Nous aborderons plus en détail les soins de transition dans une section ultérieure. Nous plaidons en faveur d'une collaboration étroite entre les réseaux de soins de première ligne et les CML, dans le respect du rôle et de la fonction de chacun. Au niveau local, cela peut prendre différentes formes, allant de la mise en place d'accords solides et cohérents dans l'intérêt du patient au regroupement physique des activités. Compte tenu de la nécessité d'une échelle suffisamment grande, les mésostructures sont susceptibles de jouer un rôle intermédiaire important.

Les PM restent le premier point de contact pour les patients, mais doivent être soutenues par les soins de deuxième ligne lorsque cela est possible et nécessaire. Les réseaux interprofessionnels de première ligne doivent être ouverts à une collaboration transmurale multidisciplinaire avec les hôpitaux, les CML et les structures résidentielles (maisons de repos, établissements pour personnes en situation de handicap, etc.). D'autre part, les CML doivent être ouverts à une collaboration intensive avec les professionnels de première ligne dans l'intérêt d'un bon accompagnement du patient. Cette collaboration doit également être ancrée de manière structurelle, dans le cadre d'un modèle de soins intégré, avec des équipes organisées autour du patient et des plans de soins basés sur des protocoles clairs. Pour les pathologies complexes et chroniques, le gestionnaire de cas peut jouer un rôle important.

Au cours des dernières années, d'importantes initiatives ont été prises pour réorganiser les services d'urgence et pour coordonner les PM, les postes de garde de médecine générale (au sein d'un réseau de soins de première ligne) et les services d'urgence. La COSS soutient pleinement les projets visant à organiser efficacement l'information et l'orientation des usagers via le 1733, tant pour les soins somatiques que pour la santé mentale.

OSS3j. Une structure cohérente de collaboration entre tous les acteurs de la santé des première et deuxième lignes est mise en place, avec des zones de soins de première ligne et des zones locorégionales.

Indicateur : nombre de réseaux de soins de première ligne élaborant des plans de soins conjoints avec les hôpitaux, sous leurs différentes formes

Indicateur : nombre de services de garde de médecins générales pouvant être reliés à un service 1733 efficace.

5.3.6 COLLABORATION SOUPLE ENTRE LES DIFFÉRENTES LIGNES.

Nous ne sommes pas partisans d'une hiérarchisation stricte, car cela entrave trop la flexibilité. Nous estimons évidemment que pour les personnes ayant un besoin urgent de soins, la PM auprès de laquelle elles sont inscrites doit être le premier point de contact. Certains spécialistes (pédiatres, gynécologues, psychiatres) devraient collaborer étroitement au sein d'une PM – et a fortiori au sein d'un réseau de soins de première ligne.

D'autres spécialistes ne seront pas intégrés au sein d'un réseau de soins de première ligne, mais collaboreront étroitement avec ceux-ci. C'est également à ce niveau que des accords devront être conclus concernant les processus de soins.

Les contacts entre la PM et les spécialistes peuvent s'effectuer par téléconsultation, surtout lorsque ces spécialistes ne sont pas activement impliqués dans le réseau de soins de première ligne. Actuellement, l'avis d'un spécialiste entraîne pour lui une double perte financière : il consacre du temps à cet avis sans être rémunéré et, si cet avis aboutit à un traitement réussi, il n'a pas non plus de contact avec le patient. Afin d'encourager les contacts entre la PM et les spécialistes, on pourrait envisager de mettre en place une rémunération pour ces consultations spécialisées. Des études ont clairement démontré que ce type de collaboration a un effet positif sur la qualité des soins, l'utilisation des ressources et la satisfaction professionnelle (Damsin et al. 2020, 2023 ; Frederix et al. 2019 ; Kips et al. 2019 ; Scherpbier-de Haan et al. 2013).
Les consultations à distance peuvent également réduire l'empreinte écologique du système de santé et améliorer l'accessibilité aux soins, en particulier pour les groupes vulnérables pour lesquels le transport constitue un obstacle.

OSS3k. Des incitations financières sont mises en place pour encourager les contacts entre les PM et les spécialistes (y compris par le biais de téléconsultations).
Indicateurs : oui/non

5.3.7 SOINS DE TRANSITION

L'organisation des soins de transition pose des défis spécifiques, à savoir celui d'assurer la continuité des soins lors du transfert des patients entre différents lieux (du domicile à l'hôpital/centre de soins, de l'hôpital au domicile/au centre de soins et inversement). Ce défi est particulièrement important lors du transfert de patients âgés, plus vulnérables et moins autonomes, présentant des besoins de soins complexes, en raison d'une multimorbidité et d'une polymédication, d'une situation sociale précaire ou de troubles psychiques. Il existe des données *probantes* convaincantes montrant que des soins de transition bien structurés conduisent à une meilleure qualité des soins (par exemple, réduction du risque de réadmission – (Fønss Rasmussen et al. 2021 ; Leppin et al. 2014)).

Nous soulignerons plus loin dans cet avis l'importance de la mise en place d'un dossier médical électronique permettant le partage d'informations entre les différents prestataires de soins et permettant à chacun d'entre eux de contribuer à la création de ces informations. Il va sans dire que le déploiement d'un tel dossier médical intégré belge est également essentiel au développement de soins de transition de qualité.

5.3.7.1 De l'hôpital au domicile

Il convient de préparer la sortie d'un patient dès son hospitalisation. Cela implique notamment de vérifier qui sont les aidants-proches, quelle aide est déjà disponible à domicile et quelles ressources peuvent être mobilisées autour de la personne. Ces informations doivent être transmises en temps utile. Une notification effectuée 48 heures après la sortie peut déjà être trop tardive pour permettre à certains services d'intervenir de manière adéquate. La mise en place des soins à domicile, par exemple, doit être planifiée à l'avance, car son organisation peut prendre plusieurs jours, voire jusqu'à une semaine. Sans cette préparation, certaines personnes peuvent se retrouver dans des situations particulièrement problématiques : une pénurie de médicaments si personne ne peut aller les chercher à la pharmacie, un manque de nourriture à la maison ou l'absence de matériel adapté. Il en va de même pour l'équipement nécessaire au retour à domicile. Par exemple, lorsqu'une personne ne peut plus accéder à l'étage et doit temporairement dormir dans le salon parce qu'un lit médicalisé n'a pas été livré à temps, cela peut avoir des conséquences importantes sur la sécurité et le confort (Fønss Rasmussen et al. 2021 ; Leppin et al. 2014).

L'objectif est de veiller à ce que la personne puisse bénéficier, dès sa sortie de l'hôpital, d'une offre d'accompagnement adaptée à ses besoins et à ses capacités, ainsi qu'à ceux de son entourage. À l'hôpital, des moyens doivent être mis en œuvre pour permettre le démarrage précoce de la rééducation, la réévaluation de l'utilisation des médicaments, la *planification préalable des soins* et le suivi téléphonique. Une circulation correcte et rapide de l'information est essentielle. Tant que le Dossier de santé intégré belge (BIHR, pour *Belgian Integrated Health Record*) n'est pas encore pleinement opérationnel, une lettre de sortie spécifique doit être adressée, lors du passage vers le domicile, à tous les professionnels de santé concernés (médecin généraliste, infirmier à domicile, kinésithérapeute, pharmacien, etc.). Dès que le BIHR sera opérationnel, les informations qu'il contiendra pourront remplacer ces lettres de sortie.

La sortie de plus en plus précoce des patients, grâce à des techniques de suivi souvent très sophistiquées et à la télésurveillance, a pour conséquence que le patient se retrouve certes chez lui, entouré de technologie, mais parfois avec peu, voire aucun contact humain. Les patients dépourvus de filet de sécurité social risquent de se retrouver tellement isolés qu'un nouveau problème de bien-être mental en découle. Un engagement multidisciplinaire intensif et un suivi assuré par les soins de première ligne peuvent faire une différence significative à cet égard.

Lors de la sortie de l'hôpital, la participation à la vie sociale doit rester une préoccupation centrale, notamment par le biais du travail. Cela peut également constituer un moment charnière essentiel dans la stratégie de « retour au travail ».

5.3.7.2 Du domicile à l'hôpital

Là encore, une coordination des soins s'appuyant sur un plan de soins individuel est nécessaire (Sempé, Billings, en Lloyd-Sherlock 2019).

5.3.7.3 De la maison de repos et de soins (MRS) à l'hôpital

Un examen gériatrique et une révision de la médication au sein de la MRS sont indispensables, tout comme la présence d'une infirmière spécialisée au sein de l'établissement pour préparer et suivre le patient, la coordination avec le médecin généraliste et l'assistant médical, ainsi que la *planification préalable des soins* (Graverholt, Forsetlund et Jamtvedt 2014)

5.3.7.4 Du domicile à une MRS

Les soins de première ligne jouent bien sûr aussi un rôle crucial dans la préparation et l'accompagnement d'une transition du domicile vers une MRS (Groenvynck, de Boer, e.a. 2021; Groenvynck, Fakha, e.a. 2021; Kraun e.a. 2023, 2024). Les éléments clés à cet égard sont la préparation en temps utile et concertée de l'admission (y compris une évaluation multidimensionnelle de l'état fonctionnel, des besoins cognitifs et psychosociaux), la transmission des informations essentielles (résumé des problèmes actuels, objectifs de soins et de vie, coordonnées des aidants-proches), la réconciliation médicamenteuse et le plan relatif aux aides techniques et au matériel de soins, la *planification* anticipée des soins
(déclarations anticipées, préférences en matière de traitement et d'interventions d'urgence), ainsi qu'un soutien structurel au patient et à l'aidant-proche, avec un suivi et une réévaluation au cours des premières semaines suivant l'admission (continuité et ajustement du plan de soins individuel). Il est préférable que la plupart de ces éléments soient intégrés dans le BIHR.

Le développement des soins de transition s'inscrit dans le cadre des réformes des soins de première ligne, telles qu'elles ont été proposées ici, qui mettent l'accent sur des soins personnalisés tenant compte des objectifs de vie propres à chaque patient. Dans ce contexte, des protocoles standardisés pour la planification des transitions doivent être élaborés et partagés entre les acteurs concernés des soins de première et de deuxième ligne.

OSS3I. L'accent est mis spécifiquement sur l'élaboration de protocoles pour toutes les transitions possibles entre les différents établissements et niveaux de soins.

Indicateur : proportion d'hospitalisations pour lesquelles un plan de soins détaillé était disponible

Indicateur : nombre de réseaux de soins de première ligne disposant d'un protocole standardisé pour la planification des transitions des patients présentant des besoins de soins complexes

Indicateur : nombre d'admissions et de sorties de patients sous polypharmacie pour lesquels une revue des médicaments est effectuée, au plus tard trois jours après la sortie, par un pharmacien faisant partie du réseau de soins de première ligne

Indicateur : proportion de patients hospitalisés pour lesquels le médecin traitant a reçu une lettre de sortie dans les 24 heures suivant la sortie

Indicateur : proportion de patients ayant pris contact avec leur médecin traitant dans la semaine suivant leur sortie de l'hôpital

Indicateur : nombre de MRS disposant d'une équipe interprofessionnelle structurée (comprenant un gériatre, une infirmière spécialisée et le médecin généraliste/médecin conseil et coordinateur (MCC)) pour accompagner la transition vers l'hôpital (et inversement)

5.4 Prévention et gestion de la santé de la population

La collaboration entre différents professionnels de santé au sein d'un réseau de soins primaires et la coopération étroite entre les soins de première et de deuxième lignes créent des opportunités en matière de prévention (Leese, Al-Zubaidi, en Smith 2024; Piessens e.a. 2025) Nous approfondirons ces aspects lors de la discussion sur l'OSS7 consacré à la prévention.

5.5 Financement

Les réformes visant à mettre en place une organisation interprofessionnelle des soins de santé nécessitent également des changements en matière de financement. Dans la littérature (voir par exemple la revue exploratoire de (Archer et al. 2025), il existe un large consensus sur la nécessité de réduire (Baxter et al. 2022)
la part du financement lié à la performance au profit d'un financement par acte et/ou par tête (en particulier pour les activités non axées sur le patient et pour le financement des professionnels de santé qui, au sein d'une PM, assurent conjointement le suivi des patients). Une synthèse de la littérature consacrée aux hôpitaux est disponible dans (Lefèvre, Van den Heede et Van de Voorde 2026).

Une réforme d'envergure ne peut réussir que si elle est acceptée sur le terrain ; il est donc préférable de la mettre en œuvre sur une base volontaire. Dans la pratique, on constate que même dans un système médical encore majoritairement basé sur la « rémunération à l'acte », des modalités de financement forfaitaires sont de plus en plus introduites (comme le DMG, qui existe depuis longtemps déjà, la prime de pratique intégrée, le financement des trajets de soins). Dans d'autres domaines également, des expériences sont déjà en cours, par exemple l'introduction du financement des pratiques relevant de l'article 56 dans le domaine des soins à domicile. L'évaluation de ces initiatives fournira des informations utiles sur l'opportunité d'apporter d'autres modifications à l'avenir.

Les expériences (Danhieux 2025) avec le financement par capitation des maisons médicales montrent que cette forme de financement est particulièrement adaptée pour stimuler une collaboration interprofessionnelle étendue. La création de pratiques « New Deal », dotées d'un financement mixte et comportant une part importante de financement par capitation et de financement par pratique, est également très pertinente dans ce contexte. Le financement par capitation des maisons médicales et le modèle de financement du New Deal peuvent servir d'inspiration pour la poursuite de la réforme du financement des EP (y compris celles développées à plus grande échelle).

Sans préjudice de la nécessité de changements en profondeur, de nouvelles mesures incitatives en faveur de la collaboration interprofessionnelle peuvent d'ores et déjà être mises en place à relativement court terme. Nous avons déjà évoqué la possibilité d'introduire (et de financer) des gestionnaires de cas au niveau des mésostructures. Nous avons également suggéré de prévoir une rémunération explicite pour les spécialistes consultés par une PM, éventuellement à distance. Par ailleurs, il est possible de faire de la composition interprofessionnelle de la PM (conformément aux conditions minimales décrites ci-dessus) une condition nécessaire à l'octroi de la prime de pratique intégrée. Le DMG peut également jouer un rôle important à cet égard : jusqu'à présent, les conditions d'octroi du DMG n'ont pratiquement pas fait l'objet de contrôles. Un renforcement s'impose, notamment en ce qui concerne les exigences en matière de prévention, et sera développé plus en détail dans la suite du présent avis. Une réforme plus fondamentale pourrait modifier la nature même du DMG, par exemple en l'intégrant dans le dossier global du patient et en y associant des conditions de financement (comme décrit ci-dessus).

Nous avons déjà plaidé en faveur du financement d'une structure organisationnelle au niveau du réseau de première ligne. La question se pose de savoir s'il convient de prévoir un financement supplémentaire au niveau méso ou au niveau des zones locorégionales. Cela pourrait alors se faire de préférence sur une base capitationnelle, accompagnée de la mise en place de mécanismes de *partage des économies*. Afin de limiter les risques, on pourrait commencer par des applications « modérées » des *économies partagées*, dans lesquelles la responsabilité financière serait appliquée de manière asymétrique (pour les excédents, mais pas pour les déficits) et/ou ne concernerait qu'un certain pourcentage. Les expériences menées à l'étranger (Kaufman et al. 2017 ; Reindersma et al. 2022) ainsi qu'en Belgique avec les projets de soins intégrés ont montré que *le partage des économies peut avoir*

un effet positif sur la qualité des soins mais qu'il n'entraîne pas (surtout dans un premier temps) de baisse des dépenses. Les gains réalisés proviennent principalement d'une meilleure coordination entre les soins de première ligne et les hôpitaux. C'est là un argument en faveur de la mise en place de mécanismes *d'économies*partagées au niveau des zones locorégionales. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mettre au point ce type de mécanismes dans le contexte belge, par exemple pour déterminer comment le financement des PM et des structures au niveau méso doit être coordonné, mais à plus long terme, cela peut être considéré comme une piste de réflexion utile. Il va de soi que lors de la mise en place de mécanismes de partage des économies, il convient de veiller à préserver la solidarité entre les différents niveaux mésos et/ou zones locorégionales.

OSS3m. Le financement forfaitaire (par pratique pou par capitation) prend une importance accrue dans le financement des PM. Dans cette optique, la prime de pratique intégrée st également redéfinie.

Indicateur : nombre de PM optant pour un système comportant au moins 50 % de financement forfaitaire

(financement par pratique et par capitation)

Indicateur : nombre de PM éligibles à la prime de pratique intégrée redéfinie.

La COSS estime que le financement des prestataires de soins dans le cadre du système obligatoire d'assurance maladie doit être organisé de manière à freiner la commercialisation croissante du secteur. Deux préoccupations sont particulièrement importantes à cet égard. En premier lieu, il faut veiller à ce que la création de nouvelles entités à but lucratif ne mette pas en péril la continuité des soins. En second lieu, il existe un risque aigu de sélection des risques et de « *cherry picking* » : lorsque, par exemple, des cliniques chirurgicales spécialisées à but lucratif se concentrent sur des pathologies faciles à traiter, les hôpitaux généraux se retrouvent avec les patients difficiles et plus coûteux.

5.6 Conditions nécessaires

5.6.1 INFRASTRUCTURE DE DONNÉES : BIHR

Il existe un très large consensus sur la nécessité d'une infrastructure de données partagée (BIHR/DEP) avec des informations partagées au niveau des épisodes de soins, comprenant l'enregistrement des objectifs de vie du patient, des objectifs de soins, des interventions et des résultats (De Maeseneer et Boeckxstaens 2012 ; Tange, Nagykaldi et De Maeseneer 2017). La numérisation favorise à la fois le travail d'équipe non hiérarchique et la prise de décision centrée sur le patient. C'est également un outil absolument indispensable pour une coordination efficace entre les soins de première et de deuxième lignes. À cet égard, il convient d'accorder une attention suffisante à l'élaboration de protocoles clairs pour le partage et la co-création d'informations.

Les données relatives à un contact sont structurées en fonction de l'« épisode de soins ». Les données d'un épisode de soins concernent un problème de santé spécifique, à partir du moment où le patient sollicite pour la première fois une aide professionnelle jusqu'au dernier contact lié à ce problème de santé. Grâce à l'informatisation complète des données des patients, une action intégrée des différents acteurs de santé (médecins (généralistes),
infirmiers (à domicile), pharmaciens et autres acteurs concernés de première et de deuxième lignes est désormais possible. Une communication claire avec le patient, la prévention des examens redondants, une meilleure planification et l'évaluation des résultats peuvent améliorer la qualité et l'efficacité du processus de soins. Bien entendu, des garanties en matière de protection de la vie privée doivent être

intégrées à cet effet. Les citoyens/patients doivent pouvoir accéder à leurs données de santé de manière intégrée et conviviale, les gérer et y ajouter des informations personnelles en vue d'une prise de décision partagée.

À l'heure actuelle, de nombreux systèmes ne communiquent pas suffisamment entre eux : les dossiers électroniques des patients (DEP) se présentent souvent sous la forme de fichiers PDF isolés, sans lien automatique avec les dossiers sociaux. De plus, tous les prestataires de soins essentiels n'ont pas accès aux systèmes disponibles, ce qui accentue encore les inégalités d'accès pour les patients. La mise en œuvre de *l'Espace européen des données de santé* (EHDS) devrait résoudre ce problème à terme.

OSS3n. Des efforts sont déployés pour mettre en place le plus rapidement possible le BIHR (Belgian Integrated Health Record), élément essentiel pour faciliter la réalisation des autres OSS.

Indicateur : mise en œuvre du BIHR (oui/non)

Indicateur : nombre de pratiques de première ligne partageant des données avec d'autres prestataires de soins (en dehors de la PM).

5.6.2 INTÉGRATION DE L'IA, DE L'« AIDE À LA DÉCISION CLINIQUE » ET DE LA TÉLÉSURVEILLANCE

À terme, des innovations telles que l'intelligence artificielle (IA) et l'apprentissage automatique (AA) pourront aider les professionnels de santé à établir des diagnostics et à prédire l'évolution d'une maladie à partir de vastes ensembles de données. La technologie *Point-of-care* rend techniquement possibles des tests rapides, tels que la mesure continue de la glycémie. Les traitements actuels sont souvent moins invasifs, ce qui accélère le rétablissement du patient. Les chatbots et les applications de santé peuvent impliquer plus activement les patients dans leurs soins et leur donner davantage de contrôle sur leur santé. Les systèmes d'aide à la décision clinique devraient de préférence être développés et pilotés au niveau central, puis mis à la disposition des acteurs de santé sur le terrain.

Nous avons déjà souligné dans l'introduction la nécessité d'accompagner la réorganisation des soins de première ligne d'un accès structurel à des *preuves* fiables, actualisées et applicables dans la pratique au moment de la prise de décision clinique, accessibles à tous les professionnels de santé et intégrées dans leur flux de travail quotidien. C'est pourquoi l'infrastructure numérique doit, outre le partage des données des patients, contribuer également à l'ancrage structurel de la *pratique* fondée sur les faits (EBP) dans le flux de travail clinique. L'ancrage structurel signifie que les informations EBP fiables et actualisées ne sont pas seulement mises à disposition de manière passive, mais qu'elles sont facilement accessibles au moment de la prise de décision clinique et que leur utilisation et leur impact font l'objet d'un suivi systématique. Cela suppose des critères de qualité clairs en matière de fiabilité, de transparence méthodologique, d'actualisation et d'utilisabilité des sources d'information au point de service (Lenaerts et al. 2020). Dans ce cadre, l'intégration dans les dossiers électroniques est importante pour rendre les *preuves* disponibles au sein même du flux de travail clinique (Marceau et al. 2025).

En 2026-2027, les processus EBP seront intégrés et centralisés au sein du KCE. Cette réorganisation de la première ligne en matière d'accès aux *preuves* a été mise en œuvre dans le but de mieux intégrer les activités d'EBP et de mieux les aligner sur les priorités politiques, d'améliorer l'équilibre linguistique et de renforcer la collaboration entre le premier et le deuxième recours. L'une des actions clés de cette réorganisation du paysage EBP est le développement d'un portail centralisé dédié aux *preuves*. Ce portail a pour objectif de rendre accessibles à tous les professionnels de santé belges les meilleures preuves disponibles, adaptées au contexte belge et présentées dans un format « *point-of-care* ». Pour y parvenir, les plateformes de diffusion actuelles (telles que ebpracticenet et CDLH) seront centralisées et intégrées au sein d'un nouveau portail « KCE Practice Evidence ».

OSS3o. *La pratique EBP* sera intégrée de manière structurelle dans le flux de travail clinique des pratiques et des réseaux de première ligne afin que tous les professionnels de santé concernés aient accès à des preuves fiables et rapidement consultables au moment de la prise de décision.

Indicateur : utilisation des sources d'EBP, mesurée en fonction du nombre d'utilisateurs actifs, de consultations et de recherches par an, ventilée si possible par catégorie professionnelle et par rôle linguistique via le portail « Practice Evidence » du KCE

Indicateur : nombre de processus de soins prioritaires dans lesquels des recommandations, des outils de mise en œuvre et des indicateurs de suivi sont intégrés, avec un suivi de la conformité aux recommandations, des variations indésirables dans les pratiques et des soins de faible valeur.

La télémédecine et l'imagerie à distance améliorent l'accessibilité à l'expertise, en particulier en l'absence de spécialistes locaux. Le fond d'œil, la télé-ophtalmologie et la télé-dermatologie offriront à l'avenir des possibilités intéressantes de collaboration entre les soins de première et de deuxième lignes. Des images de l'œil ou de la peau peuvent être réalisées dans la PM, puis transmises via une

connexion numérique à un ophtalmologue ou à un dermatologue. L'analyse de l'apnée du sommeil peut également s'effectuer à distance. En raison des économies d'échelle qu'elles permettent, ces techniques sont mieux mises en œuvre au niveau du réseau de première ligne.

L'introduction de l'IA et de la télésurveillance peut également contribuer à pallier la pénurie de personnel soignant. Les innovations dans ce domaine doivent être activement explorées. Bien entendu, pour chaque mesure concrète, il convient toujours d'évaluer au préalable de manière approfondie la valeur ajoutée clinique effective pour le patient ainsi que les risques potentiels en matière de sécurité des patients. Dans l'état actuel des choses, la prudence reste de mise.

La mise en œuvre à plus grande échelle de ces technologies innovantes par différents professionnels de santé doit être prise en compte dans les discussions relatives à la révision de la législation LEPSS. Le dépistage précoce, par exemple, relève de la compétence exclusive des médecins, alors que les populations de patients qui en bénéficient ne sont pas nécessairement en contact fréquent avec des médecins.

OSS3p. La mise en œuvre de nouvelles technologies numériques est encouragée, mais leur application fait également l'objet d'une évaluation critique.

Indicateur : nombre de réseaux de soins de première ligne disposant d'une technologie adaptée à la télésurveillance

5.6.3 SUIVI DE LA QUALITÉ

Les réformes des soins de première ligne doivent s'accompagner d'un suivi systématique de la qualité, de la continuité et des effets. Des indicateurs de référence fiables, comparables et dynamiques sont nécessaires pour suivre les performances des soins de première ligne et mettre en évidence les points forts et les points faibles. Les indicateurs PaRIS , qui comprennent notamment cinq PROM et cinq PREM, peuvent constituer une source d'inspiration pertinente à cet égard, car ils cartographient les résultats et les expériences du point de vue des patients atteints de maladies chroniques.

En parallèle, le suivi de la qualité ne suffit pas s'il se limite à l'enregistrement des processus de soins ou à la satisfaction générale. Pour que les réformes soient véritablement axées sur des soins centrés sur la personne, il faut également comprendre clairement comment les soins contribuent au fonctionnement, à la participation et à des objectifs de vie significatifs. C'est là que réside l'intérêt particulier de la Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (voir https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health). BelRAI recense les besoins en matière de soins, les PROMs/PREMs suivent les résultats et les expériences, tandis que la CIF offre le cadre de référence nécessaire pour interpréter ces informations sous l'angle du fonctionnement, de la participation, du contexte et des objectifs de vie.

Afin de limiter la charge administrative liée à l'enregistrement, BelRAI, les PROMs/PREMs et la CIF ne doivent pas être déployés parallèlement en tant que systèmes d'enregistrement distincts, mais doivent être harmonisés sur le plan du contenu et sur le plan numérique. Le CIF ne doit pas être considéré comme un instrument de mesure supplémentaire, mais comme un langage commun et une structure de classification qui aide à relier les données provenant de différentes sources à une planification des soins centrée sur la personne et axée sur les objectifs. En ce sens, le BelRAI Screener peut contribuer à la simplification administrative, tandis que le CIF veille à ce que les informations collectées ne se limitent pas aux besoins en matière de soins, mais soient interprétées sous l'angle du fonctionnement, de la participation, du contexte et des objectifs de vie.

Le BelRAI Screener peut constituer une réponse importante aux préoccupations liées à la charge administrative, à condition qu'il soit utilisé comme un outil progressif : une première évaluation succincte qui ne débouche sur une évaluation plus approfondie que lorsque cela s'avère nécessaire. Toutefois, le Screener ne doit pas être considéré comme une solution complète pour le suivi de la qualité ou la planification ciblée des soins. Pour cela, une coordination plus large reste nécessaire avec les PROM/PREM et avec le CIF comme cadre de référence commun pour le fonctionnement, la participation, le contexte et les objectifs de vie.

OSS3q. Un système structuré de suivi de la qualité est mis en place, dans lequel les informations issues du BelRAI et du CIF sont intégrées et où les PROMs et PREMs sont mesurés et évalués.

Indicateur : nombre de PM participant à un système de suivi continu de la qualité reposant sur un ensemble d'indicateurs défini et cohérent.

5.7 Obstacles et mesures transitoires

Les professionnels de santé belges n'ont pas beaucoup d'expérience avec ce type de partenariats moins hiérarchisés et la résistance à la réforme est considérable. Dans la revue de la littérature réalisée par (Rawlinson e.a. 2021), quatre obstacles à une réforme en faveur des équipes interprofessionnelles sont identifiés : 1) l'absence de financement stable à long terme (y compris au niveau du système) ; 2) le manque de temps, une formation insuffisante et un manque de leadership au niveau organisationnel ; 3) l'absence de délimitation claire des rôles et des responsabilités ; 4) les doutes et la résistance au changement au niveau individuel (voir également (Mulvale, Embrett et Razavi 2016).

Pour éliminer ces obstacles, des changements sont nécessaires dans la formation des professionnels de santé, en mettant l'accent sur l'acquisition de compétences communes permettant une collaboration interprofessionnelle ciblée, coordonnée et intégrée (Frenk et al. 2010 ; IPEC 2023). Dans le cadre des stages également, il convient de rechercher activement des formes d'apprentissage et de travail interprofessionnelles. Bien que les modifications apportées au programme d'études de base ne relèvent pas de la compétence directe de la politique fédérale en matière de santé, une approche systémique coordonnée entre l'enseignement et la santé publique est cruciale pour combler le fossé avec la pratique. La transformation de la culture professionnelle nécessite en outre un pilotage politique actif via des structures concrètes (Frenk et al. 2010).

Les outils existants peuvent être utilisés efficacement pour stimuler ces réformes. Ainsi, les conditions d'accréditation peuvent être renforcées, et la mise en pratique des compétences interprofessionnelles par le biais de l'apprentissage tout au long de la vie, par exemple au sein de groupes de qualité interprofessionnels, peut devenir une composante obligatoire de l'accréditation sur le lieu de travail (Cox et al. 2016). L'accréditation est de préférence octroyée au niveau de la pratique. Cela n'exclut évidemment pas que l'on attende également des prestataires de soins individuels qu'ils continuent à participer à des activités de formation. Au moins une réunion LOK par an devrait être organisée de manière interprofessionnelle, à l'instar de la Concertation médico-pharmaceutique (CMP) déjà existante (non obligatoire) pour les médecins et les pharmaciens.

Il semble également important que les réformes ne soient pas imposées d'en haut, mais qu'une liberté de choix suffisante soit laissée aux professionnels de santé sur le terrain. Il convient toutefois de soutenir financièrement et organisationnellement le groupe des volontaires.

OSS3r. Dans la formation des professionnels de santé, l'accent est mis sur l'acquisition de compétences communes permettant une collaboration interprofessionnelle ciblée, coordonnée et intégrée.

OSS3s. Les systèmes d'accréditation existants sont adaptés afin de renforcer les incitations au développement des PM organisées à l'échelle interprofessionnelle.

Indicateur : proportion de programmes d'études accrédités (après renforcement des conditions relatives à la concertation interprofessionnelle)

Indicateur : proportion de LOK interprofessionnels.

6 Meilleure accessibilité des soins (OSS5)

L'avis de la COSS d'avril 2025 a mis en évidence plusieurs points sensibles concernant l'accessibilité des soins. L'un d'entre eux est l'accessibilité financière des soins de santé – ce qui implique que les tickets modérateurs des patients soient suffisamment limités pour ne pas décourager le recours aux soins et que l'utilisation des services de santé ne plonge pas les patients dans des difficultés financières. Il s'agit bien sûr d'une dimension essentielle, mais d'autres dimensions de l'accessibilité sont également importantes :

- la réactivité aux besoins en matière de soins de santé, qui correspond à la capacité du système à identifier les problèmes ou les risques sanitaires ;
- la disponibilité, ce qui implique que les services soient accessibles (physiquement ou à distance, à des horaires acceptables pour les patients, dans un délai raisonnable et à une distance raisonnable) ;
- l'acceptabilité, ce qui signifie que la qualité des soins est perçue par tous les patients comme suffisante pour recourir aux soins de santé.

Les points suivants ont été mis en avant dans cet avis :

- Afin d'améliorer l'accessibilité financière, une attention particulière doit être accordée aux suppléments. Pour ce faire, il est essentiel d'augmenter le taux de conventionnement en réformant le système de conventionnement.
- La disponibilité géographique d'un personnel suffisamment qualifié constitue un défi croissant pour l'accessibilité, notamment en raison de la répartition géographique inégale du taux de conventionnement des prestataires de soins.
- Il convient d'accorder une attention constante à la disponibilité des médicaments essentiels.
- Les disparités en matière de qualité et d'adéquation des soins entre les groupes socio-économiques doivent être éliminées.

Dans son avis, la COSS a également plaidé en faveur d'une analyse approfondie des forces et des faiblesses du statut de l'intervention majorée.

Comme pour les autres OSS, l'objectif de la COSS et du groupe de travail sur l'accessibilité était de concrétiser davantage ces principes généraux. Ces projets ont toutefois été contrecarrés par la demande formulée en décembre 2025 par le ministre Frank Vandenbroucke de rendre un avis sur une augmentation envisagée de la participation aux frais pour les prestations médicales. L'élaboration de cet avis distinct (Note ARGVCGSS 2026/013/1) a occupé la majeure partie du temps. Cela ne signifie bien sûr pas que les points décrits ci-dessus ne soient plus d'actualité.

6.1 La structure des tickets modérateurs

L'augmentation prévue des tickets modérateurs de 125 millions d'euros était principalement motivée par des considérations budgétaires et l'accent mis sur ce sujet ne cadrait pas entièrement avec la mission initiale de la COSS en général et du groupe de travail sur l'accessibilité en particulier. Pour les travaux futurs de la COSS, il reste toutefois pertinent de préciser les principes pouvant être suivis pour fixer le niveau des tickets modérateurs.

6.1.1 PRINCIPES RÉGISSANT UNE AUGMENTATION DU TICKET MODÉRATEUR

6.1.1.1 Protection des patients vulnérables

Les patients vulnérables doivent continuer à être protégés en cas d'augmentation des tickets modérateurs. Cela permet de garantir que les obstacles financiers ne limitent pas davantage l'accès aux soins nécessaires pour les groupes vulnérables. Il est bien entendu essentiel que le statut de « patient vulnérable » soit attribué de manière socialement équitable. Dans le cadre des propositions relatives à l'augmentation actuelle des tickets modérateurs, nous avons toutefois continué à travailler dans le cadre actuel de l'indemnité majorée.

6.1.1.2 Protection de la prévention et des soins de première ligne

L'un des principes fondamentaux lors de l'introduction ou de l'augmentation des tickets modérateurs est de préserver autant que possible les soins préventifs et les soins de première ligne. Des tickets modérateurs plus élevés dans ces domaines peuvent dissuader les patients de consulter à temps, ce qui peut entraîner une aggravation des pathologies et des interventions (en milieu hospitalier) évitables. Il est donc essentiel que les tickets modérateurs en soins de première ligne et en soins préventifs restent nettement inférieurs à ceux applicables aux soins plus spécialisés ou plus lourds, afin que l'obstacle financier ne compromette pas le recours à des soins opportuns et adaptés. Cela permet également d'éviter des effets de substitution indésirables, dans lesquels les patients se tourneraient vers des soins plus lourds au détriment des soins facilement accessibles. L'importance des soins de première ligne et de la prévention est développée plus en détail dans le présent avis sous les rubriques OSS3 et OSS7.

6.1.1.3 Différenciation en fonction de la valeur des soins

Le principe consistant à différencier les tickets modérateurs en fonction de la valeur des soins est en soi logique : les soins présentant une forte pertinence clinique et une efficacité prouvée seraient alors soumis à un ticket modérateur moins élevé, tandis que les soins de faible valeur se verraient appliquer des tickets modérateurs relativement plus élevés. Cela favorise le recours à des soins qui contribuent réellement à l'amélioration de la santé et réduit les soins superflus ou inefficaces. La différenciation des tickets modérateurs doit être cohérente avec les efforts déployés en faveur des soins appropriés (OSS2). Cette approche s'inscrit pleinement dans le cadre des travaux menés au titre du plan stratégique « Appropriate Care », qui considère la réduction des « *soins de faible valeur* » comme une priorité.

Dans la pratique, il s'avère toutefois que cela peut être mieux géré par des mesures axées sur l'offre, telles que des directives, des normes de soins ou des mécanismes de financement. De plus, lier efficacement le ticket modérateur à la valeur des soins nécessite des analyses approfondies par type de prestation, car la pertinence clinique et l'impact potentiel sur les résultats pour les patients peuvent varier considérablement d'une prestation à l'autre. Sans ces

informations détaillées, le risque est grand que les incitations financières n'aient pas l'effet escompté ou que des soins essentiels soient involontairement découragés.

Cohérence et transparence

Une bonne politique en matière de ticket modérateur contribue à la cohérence et à la transparence, ce qui influence également le comportement et les choix des patients. La cohérence garantit que des formes de soins comparables, quel que soit le cadre ou l'organisme, sont soumises à une participation identique, ce qui permet d'éviter des transferts indésirables entre les différentes formes de soins. La transparence implique que les tickets modérateurs et leur application soient clairs et compréhensibles, afin que les patients puissent faire des choix éclairés concernant leur recours aux soins.

6.1.2 PROPOSITION

Ces principes généraux ont servi de point de départ à la formulation des propositions d'augmentation des tickets modérateurs. Toutefois, il a fallu tenir compte de la faisabilité pratique à court terme. Compte tenu du délai limité imparti à la mission, il n'a pas été possible d'élaborer des propositions nécessitant des adaptations de la nomenclature (par exemple, la création de nouveaux codes). Le calendrier imposé ne laissait par ailleurs que peu de marge pour évaluer des alternatives plus complexes. L'accent a donc été mis sur des mesures pouvant être mises en œuvre dans le cadre du système actuel.

Lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant les augmentations des tickets modérateurs, il convient toujours de mettre en balance les différents avantages et inconvénients. *Les preuves scientifiques* permettent de mieux évaluer ces avantages et inconvénients, mais l'importance relative accordée aux différents éléments reste un choix qui revient aux décideurs politiques. Les données scientifiques actuellement disponibles sur les effets comportementaux et de transfert sont insuffisantes, *notamment* pour déterminer de manière optimale les pourcentages d'augmentation. L'avis de la COSS a donc laissé une marge de manœuvre aux décideurs politiques.

Sur la base de ces principes, une proposition chiffrée a été formulée. Elle prévoit les augmentations de ticket modérateur suivantes :

Secteur	Mesure	Montant du ticket modérateur Total	Montant du ticket modérateur Moyenne par code de nomenclature	Nombre de codes
Imagerie médicale	+25 %	19 millions d'euros	0,62 euro	553
Biologie clinique	+25 %	35 millions d'euros	1,01 euro	14
Hospitalisation de jour - hospitalisation classique	Harmonisation du ticket modérateur	11,5 millions d'euros	10 euros	10
Spécialités médicales	+20 %	62 millions d'euros	2,4 euros	127
Total		**127,5 millions d'euros**		

Par ailleurs, quelques alternatives ont également été proposées, mais sans être défendues. Compte tenu de leur pertinence pour le débat en cours, l'accent a surtout été mis sur l'augmentation des tickets modérateurs chez le médecin généraliste :

Groupe cible	Mesure	Montant du ticket modérateur Total	Montant du ticket modérateur Moyenne par code de nomenclature	Nombre de codes
Avec et sans DMG	+10 %	14,5 millions d'euros	0,40 euro	4
Avec et sans DMG	+1 euro	36 millions d'euros	1 euro	4
Sans DMG	+10 %	270 000 euros	0,60 euro	4

L'avis de la COSS a été transmis au gouvernement et présenté lors de la réunion du Comité des assurances du 11 mai 2026 et du Conseil général du 18 mai 2026.

6.1.3 PROCHAINES ÉTAPES

L'avis de la COSS concernant l'augmentation des tickets modérateurs doit être considéré comme un « avis rapide ». Plusieurs pistes devraient faire l'objet d'une analyse plus approfondie à l'avenir. Ainsi, les calculs se sont basés sur le statut actuel d'indemnisation majorée et n'ont pas pris en compte les effets du maximum à facturer. On peut toutefois s'interroger sur la définition actuelle des personnes protégées : comme nous l'avons déjà mentionné dans notre avis d'avril 2025, certains groupes de patients (principalement) chroniques sont peut-être insuffisamment protégés, tandis que des groupes relativement solides sur le plan économique (par exemple, ceux disposant d'un faible revenu mais d'un patrimoine important) bénéficient à tort d'une protection. Il convient donc d'envisager la mise en place d'un statut de « patient protégé », dont l'objectif serait d'éviter que les patients soient confrontés à des dépenses de santé très lourdes en raison de frais de soins récurrents. Contrairement à l'intervention majorée, ce statut ne serait pas fondé en premier lieu sur la situation financière des patients, mais plutôt sur le caractère chronique, l'ampleur et le coût des soins.

OSS5a. Un cadre conceptuel est élaboré afin de soutenir la mise en place d'un statut de « patient protégé », qui vise à offrir à certains patients une protection financière supplémentaire sur la base, par exemple, du caractère chronique de l'affection, de la pathologie et de l'ampleur des dépenses auxquelles ils sont confrontés, afin d'éviter des dépenses de santé très lourdes.

Indicateur : oui/non

OSS5b. Une étude est menée afin de déterminer comment différents mécanismes de protection (tels que l'intervention majorée, le maximum à facturer et le nouveau concept de « patient protégé » à mettre en place) peuvent être harmonisés entre eux.

Indicateur : oui/non

De plus, dans le contexte belge, il manque des informations essentielles nécessaires pour évaluer de manière fiable les effets comportementaux des modifications des tickets modérateurs. Les implications des augmentations actuellement mises en œuvre devraient faire l'objet d'une analyse et d'un suivi minutieux. Même si cela se fait de manière relativement simple, cela constituerait déjà un premier pas prudent vers une évaluation a posteriori des mesures mises en œuvre.

OSS5c. Les effets des récentes augmentations des tickets modérateurs font l'objet d'un suivi afin de recueillir des informations empiriques sur les réactions comportementales.

Indicateurs : oui/non

À un niveau plus fondamental, il convient, lors d'une phase ultérieure, de procéder à une analyse plus large et plus cohérente des différences actuelles de ticket modérateur entre les disciplines de soins, y compris en ce qui concerne l'interaction avec les suppléments. En effet, il existe aujourd'hui des variations considérables dans la participation personnelle du patient, certaines formes de soins de première ligne restant relativement accessibles, tandis que d'autres – telles que les séances individuelles chez un psychologue clinicien pour adultes – s'accompagnent d'une participation plus élevée. Ces différences soulèvent la question de savoir dans quelle mesure elles correspondent encore aux objectifs politiques visés.

Une piste possible consisterait à ancrer davantage la politique de participation financière dans la fonction de dispensation de soins. Les tickets modérateurs pour la kinésithérapie et la logopédie pourraient être pris en compte dans cette réflexion plus large. À cet égard, on pourrait envisager de rendre systématiquement plus accessibles financièrement les soins jouant un rôle de première ligne ou préventif. Il convient toutefois de tenir compte du risque que le renchérissement de certaines formes de soins efficaces puisse entraîner un report des soins et un glissement vers un recours ultérieur à des soins moins efficaces. En parallèle, on peut examiner s'il convient d'adopter une différenciation

différente pour les formes de soins plus spécialisées ou moins essentielles, en tenant compte de l'équité et de l'efficacité. Il est essentiel à cet égard d'évaluer les effets relatifs des incitations financières destinées aux prestataires, d'une part, et aux patients, d'autre part. Les incitations financières destinées aux patients n'ont de sens que s'ils sont en mesure de prendre eux-mêmes des décisions. Il existe certainement des possibilités dans le domaine de la prévention. Ce point sera abordé plus en détail sous OSS7.

OSS5d. Une analyse approfondie de la structure actuelle des tickets modérateurs et de sa cohérence par rapport aux objectifs de santé fixés sera réalisée (outre l'accessibilité, cela concerne également les OSS concrets proposés dans le présent avis : soins appropriés, organisation des soins de première ligne et prévention).

Indicateur : oui/non

6.2 Le montant des dépenses personnelles

Dans une perspective internationale, les dépenses personnelles des patients (en % des dépenses totales de santé) restent très élevées en Belgique. Les problèmes d'accessibilité financière ne sont pas uniquement liés aux tickets modérateurs, mais, dans le contexte belge, principalement (a) à la non-prise en charge des services et produits de santé qui ne sont pas ou seulement partiellement inclus dans le paquet assuré (tels que les lunettes, les appareils auditifs, les prothèses dentaires coûteuses et certains médicaments) et (b) à la facturation de suppléments.

Les données relatives aux suppléments ne sont pas toujours exhaustives, et, en outre, l'interaction avec l'assurance libre complémentaire joue ici un rôle essentiel. Par ailleurs, les primes de cette assurance complémentaire peuvent être considérées ou non comme des dépenses personnelles. Une certaine ambiguïté règne également concernant les services de santé non remboursés. D'une part, se pose la question éthico-sociale de savoir quels biens et services doivent réellement être considérés comme des services de « santé ». D'autre part, il n'est pas non plus évident de rassembler toutes les informations empiriques pertinentes à ce sujet.

Ce mélange de questions empiriques et conceptuelles conduit souvent à une confusion terminologique. L'exercice le plus cohérent visant à rassembler ces informations et à les rendre comparables au niveau international est celui mis en place par l'OCDE. La mise en œuvre technique de cette approche figure à l'Annexe III. En effet, cet exercice est très utile, car il s'appuie sur un cadre conceptuel clairement défini, qui permet d'établir des comparaisons internationales cohérentes. Du point de vue des décideurs politiques belges, il serait toutefois également utile d'opérer une distinction claire entre les différentes composantes des dépenses personnelles (tickets modérateurs, suppléments, services et produits de santé non remboursés) et de suivre l'évolution de ces composantes au fil du temps. Cette ventilation est possible, au moins de manière approximative.

OSS5e. Sur la base des données disponibles, les dépenses personnelles sont ventilées autant que possible en leurs différentes composantes, de manière à pouvoir suivre de manière cohérente l'importance relative de ces composantes et leur évolution dans le temps.

Indicateur : oui/non

Lorsque l'importance relative des composantes est mieux connue, une attention particulière peut également être accordée à des aspects importants, peut-être actuellement sous-estimés, de l'accessibilité, tels que le non-remboursement ou le remboursement très partiel des services et produits de santé (comme le matériel de soins de longue durée ou les appareils auditifs), ce qui peut entraîner une augmentation des dépenses de santé à l'avenir.

6.3 Une vision plus large de l’accessibilité

En raison des circonstances décrites ci-dessus, les travaux de la COSS concernant l'OSS5 se sont limités aux aspects liés à l’accessibilité financière. D’autres aspects essentiels de l’accessibilité et des inégalités de traitement entre différents groupes socio-économiques, mentionnés dans l’avis de la COSS d’avril 2025, ont donc été négligés. Cela ne signifie bien sûr pas pour autant qu'ils seraient moins importants. Même en l’absence d’une élaboration en vue d’un OSS plus spécifique (avec les indicateurs correspondants), ces aspects doivent faire l’objet d’une attention immédiate de la part des responsables politiques. En effet, le choix du Conseil général de désigner l'OSS5 comme objectif prioritaire ne s’est pas limité à la perspective plus restreinte déjà mieux développée dans cet avis. Dans un avenir proche, des objectifs plus spécifiques seront donc également élaborés pour les autres dimensions.

7 Prévention (OSS7)

La formulation des objectifs de santé publique en matière de prévention repose sur quelques principes fondamentaux :

(a) L'échec relatif des soins préventifs en Belgique se traduit notamment par un taux de mortalité évitable élevé, supérieur à la moyenne de l'UE (Sciensano 2025). Ce constat fait principalement référence à l'impact de la mortalité prématurée, alors que la prévention doit également viser à réduire le fardeau de la maladie non mortelle, telle que les années vécues avec des affections chroniques, des handicaps ou une qualité de vie réduite. Dans une approche axée sur le *fardeau*de la maladie, la prévention doit donc contribuer à réduire à la fois les années de vie perdues en raison d'une mortalité prématurée (YLL) et les années vécues avec une maladie ou un handicap (YLD). Un décès est considéré comme évitable s'il avait pu être évité grâce à des interventions efficaces en matière de santé publique et de prévention. La prévention primordiale, primaire, secondaire et tertiaire doit également occuper une place centrale dans la politique. Conformément aux objectifs interfédéraux en matière de santé, le meilleur moyen de réduire le *fardeau de la maladie* consiste à se concentrer sur six groupes de maladies (troubles mentaux et liés à la consommation de substances, cancers, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, troubles musculo-squelettiques et troubles neurologiques). Les principaux facteurs de risque sont le tabagisme et la consommation d'alcool, une alimentation malsaine, le manque d'activité physique et un mode de vie sédentaire, ainsi que des facteurs environnementaux tels que la pollution atmosphérique et les nuisances sonores.

(b) Pour promouvoir un mode de vie plus sain, il est nécessaire de mettre en œuvre de manière cohérente divers instruments politiques, impliquant les secteurs de la santé, de l'économie, des finances, de l'éducation, de l'agriculture et de l'environnement. Plutôt que de se concentrer sur l'individualisation et la recherche de coupables, les pouvoirs publics doivent donner la priorité à la création d'un environnement propice à la santé. Il est essentiel de surveiller et de réduire les inégalités socio-économiques en matière d'exposition. Cette politique dépasse le domaine des soins de santé au sens strict et souligne l'importance du principe « *health in all policies » (la santé dans* toutes les politiques).

(c) La promotion de la santé et la prévention des maladies relèvent des compétences des communautés, mais constituent également une responsabilité partagée avec le niveau fédéral. La collaboration et le partage des données, dans le respect des compétences de chaque partie, sont donc des principes essentiels pour une politique de santé préventive efficace. Nous avons déjà abordé plus haut dans cet avis la position de la COSS concernant la répartition des compétences. Nous nous concentrons sur les actions, les processus et les structures sur lesquels l'INAMI peut exercer une influence, sans pour autant porter atteinte aux compétences actuelles des entités fédérées. Les accords concrets varieront nécessairement d'un domaine à l'autre. Dans certains cas, l'INAMI pourra jouer un rôle de premier plan, tandis que dans d'autres, elle devra soutenir les initiatives des entités fédérées.

Il peut être utile de rappeler ici explicitement qu'il existe de nombreux recoupements entre l'OSS7 et les autres objectifs en matière de soins de santé développés dans le présent avis :

a) L'utilisation des données (OSS1) constitue un levier essentiel pour soutenir les efforts de prévention. Cela implique non seulement la collecte et l'analyse de données pertinentes sur les pratiques de soins, mais aussi leur utilisation active pour orienter les décisions et améliorer les processus de soins. Comme souligné précédemment, la transparence qui en découle ne doit pas seulement être considérée comme un outil d'aide à la décision au niveau des pouvoirs publics, mais aussi comme un instrument d'amélioration pour les prestataires de soins eux-mêmes. Bien entendu, la recherche de soins adaptés (OSS2) reste également pertinente pour les efforts de prévention. La rentabilité des interventions doit être évaluée au préalable et il convient de surveiller systématiquement toute utilisation potentiellement excessive ou insuffisante des interventions préventives, afin de garantir une utilisation efficace des ressources. De plus, cela contribue à renforcer la légitimité des décisions de financement et permet des évaluations cohérentes. Cette approche s'inscrit dans la logique du plan stratégique « Appropriate Care », qui vise notamment à réduire les « soins de faible valeur clinique », y compris dans le domaine de la prévention. L'utilisation inappropriée de la nomenclature – par exemple, le recours excessif au dépistage de l'ostéoporose et aux analyses de laboratoire non recommandées – doit être réduite, conformément aux principes de la prévention quaternaire et des soins efficaces. Il convient également de veiller à ce que le budget soit alloué aux groupes cibles appropriés.

   Comme déjà indiqué dans l'avis précédent de la COSS, une attention particulière doit être accordée à l'évaluation ex post des mesures politiques mises en œuvre, en s'appuyant sur un cadre d'évaluation cohérent. Les mesures qui n'atteignent pas les objectifs visés doivent être adaptées ou supprimées.

b) Dans le cadre de la politique de prévention également, il est important de viser l'accessibilité pour tous (OSS5). L'application des principes de l'universalisme proportionnel exige, d'une part, une disponibilité universelle pour tous, mais, d'autre part, des actions spécifiques ciblant certains groupes cibles. Les initiatives en cours doivent être évaluées en fonction de leur impact sur les inégalités en matière de santé. Le suivi de toutes les mesures doit inclure explicitement des indicateurs sensibles à l'équité qui reflètent les différences socio-économiques en matière d'exposition, d'accès et d'utilisation. Un tel cadre de suivi axé sur l'équité permet une évaluation plus précise des groupes touchés et des domaines où des efforts supplémentaires sont nécessaires.

c) La première ligne joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre concrète de la politique de prévention. Lors de l'examen de l'OSS3, nous avons déjà longuement abordé la nécessité d'une réorganisation de la médecine de première ligne vers une collaboration plus multidisciplinaire et nous avons souligné les possibilités que cette organisation offre pour le développement de la prévention. Nous allons développer davantage ces points dans cette section.

d) Le dépistage précoce et la prévention revêtent également une importance particulière dans les soins de santé mentale et les soins dentaires. Ces deux secteurs ont déjà été abordés précédemment dans le présent avis.

7.1 Une vision

Bien qu'une grande partie des responsabilités en matière de prévention ait été attribuée aux entités fédérées, l'INAMI peut néanmoins, grâce à ses compétences en matière de financement, de réglementation et de coordination, créer un effet de levier permettant d'ancrer structurellement la prévention dans le système de santé belge. Cette ambition figure également dans ses plans à long terme, mais il est nécessaire de disposer d'une vision plus explicite et plus globale de la prévention, associée à une formalisation bien définie des responsabilités de l'INAMI. Cette vision doit comporter une délimitation claire de ce qui est considéré comme de la prévention et décrire la collaboration ainsi que les rôles attribués entre l'INAMI et les autres décideurs politiques au niveau fédéral et dans les entités fédérées. Le cas échéant, on pourrait envisager de mettre en place, au sein de l'INAMI, une structure formelle ou une fonction spécifique afin de garantir que la prévention occupe une place visible et institutionnellement ancrée au sein de l'organisation.

OSS7a. Un cadre de prévention explicite de l'INAMI est élaboré sur la base d'une définition claire de la prévention.

Indicateur : oui/non

La mise en œuvre de cette vision doit s'accompagner d'un renforcement structurel des moyens consacrés à la prévention au sein de l'assurance maladie. Selon l'OCDE et sur la base de la définition de l'OCDE, les dépenses de prévention représentent actuellement 2,5 % des dépenses totales de santé en Belgique, ce qui est inférieur à la moyenne de l'UE-27, qui s'élève à 4,3 % (Sciensano 2025). Afin de suivre l'évolution du budget, les budgets consacrés à la prévention doivent être clarifiés tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées. Cela nécessite, outre la définition de la prévention convenue d'un commun accord, une nomenclature qui identifie clairement les activités préventives. À l'heure actuelle, la nomenclature ne fait pas la distinction entre le dépistage organisé et le dépistage opportuniste (sauf pour le cancer du sein), ce qui complique un suivi et une évaluation précis.

En élaborant, en collaboration avec les entités fédérées, un cadre de référence unique et uniforme, les actes préventifs pourront être identifiés, comparés et suivis plus clairement. En parallèle, il faut éviter la création de codes distincts pour chaque mesure préventive individuelle afin que la prévention reste une composante intégrée de la pratique médicale. Une nomenclature claire et cohérente permet d'informer les citoyens de manière correcte et transparente sur les coûts, ce qui évite que l'incertitude financière ne constitue un obstacle à la participation aux programmes de dépistage, en particulier pour les groupes financièrement vulnérables.

OSS7b. Un cadre de prévention explicite de l'INAMI est élaboré sur la base d'une définition claire de la prévention.

Indicateur : oui/non

7.2 Collaboration entre les niveaux de décision

Conformément à la vision élaborée en matière de prévention, l'INAMI peut soutenir la collaboration entre l'État fédéral et les entités fédérées, contribuer à l'élaboration d'initiatives de prévention et appuyer les plans et stratégies interfédéraux. L'INAMI et le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SSCE) doivent continuer à unir leurs forces pour orienter la politique de santé au niveau fédéral. Dans cette optique, une coordination plus étroite entre l'INAMI et le SPF SSCE permettra de soutenir et *de stimuler plus efficacement l'approche « Health in All Policies »*. Cela implique une collaboration avec d'autres domaines politiques, tels que la mobilité, le logement, l'urbanisme, l'enseignement, l'emploi, l'agriculture, l'environnement et l'économie. Afin de garantir une vision commune à travers les différents domaines politiques, un groupe de travail national ou interadministratif pourrait être mis en place pour se concentrer sur des thèmes spécifiques relevant de la prévention. Les modalités de cette collaboration peuvent encore faire l'objet de discussions, mais c'est le principe qui importe.

OSS7c. En collaboration avec le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, un groupe de travail « Prévention » est mis en place afin de soutenir une politique de *'Health in All Policies'*

Indicateur : oui/non

Cette collaboration peut se concrétiser dans le cadre des initiatives interfédérales relatives à la consommation d'alcool, au tabagisme, à la santé en ligne et aux soins intégrés. Une implication constante de l'INAMI reste essentielle pour garantir la mise en œuvre de ces initiatives, tandis que de nouveaux plans interfédéraux sont nécessaires pour renforcer davantage la prévention et mieux la coordonner entre les différents niveaux de décision. Les possibilités futures d'implication de l'INAMI incluent la participation aux mesures actuellement élaborées dans le cadre des programmes de soins intégrés destinés aux groupes vulnérables et à la lutte contre l'obésité chez les enfants et les adolescents, à l'instar du soutien existant pour le programme de soins intégrés périnataux. Par ailleurs, la stratégie interfédérale en matière de drogues constitue un autre domaine d'application potentiel pour de futures contributions.

OSS7d. Le développement ultérieur de plans et de stratégies interfédéraux est activement soutenu.

Indicateur : oui/non

Comme cela a déjà été souligné à maintes reprises, une collaboration renforcée avec les entités fédérées est essentielle pour garantir un renforcement mutuel des initiatives et éviter les politiques contre-productives. Cette approche peut accroître la portée et la rentabilité des actions et garantir des incitations et un soutien cohérents en faveur de la prévention. Compte tenu de la répartition des compétences en Belgique, cette collaboration est également essentielle pour mettre *en œuvre une approche « Health in All Policies »* et lutter contre les inégalités en matière de santé. Nous avons déjà souligné plus haut dans cet avis l'importance de la représentation formelle des entités fédérées au sein du Conseil général et de la COSS (voir ci-dessus OSS0a).

7.3 Soutien aux soins de première ligne lors de la mise en œuvre des stratégies de prévention

Lors de l'élaboration de l'OSS3, nous avons longuement abordé la nécessité et les modalités des réformes des soins de première ligne visant à renforcer la collaboration interprofessionnelle. Comme cela y a déjà été souligné, cette réforme peut également jouer un rôle important dans le développement de la prévention (Leese, Al-Zubaidi et Smith 2024 ; Piessens et al. 2025). Des études ont démontré que les infirmiers de première ligne et autres professionnels de santé sont capables d'effectuer des tâches préventives avec la même qualité que les médecins généralistes. Une approche multidisciplinaire permet d'intégrer structurellement les activités préventives dans la pratique quotidienne, renforçant ainsi l'accessibilité et la continuité des soins préventifs. Nous nous concentrons désormais sur quelques propositions spécifiques qui s'inscrivent dans la lignée des propositions formulées dans le cadre de l'OSS3.

Le dossier médical global (DMG) peut jouer un rôle essentiel dans la promotion de la prévention. La réglementation relative au DMG contient des dispositions visant à soutenir la prévention, mais celles-ci sont actuellement insuffisamment exploitées et contrôlées. De nouvelles mesures préventives (par exemple, l'évaluation du statut vaccinal contre le HPV), qui revêtent également de l'importance pour les groupes d'âge plus jeunes, doivent être ajoutées.

La mise en place d'un programme de prévention général, fournissant des informations sur les interventions préventives et les dépistages pertinents en fonction de l'âge et du sexe, pourrait apporter une valeur ajoutée considérable. En particulier, conformément aux objectifs interfédéraux en matière de santé, la priorité doit être accordée aux groupes de maladies suivants : (1) troubles mentaux et liés à la consommation de substances ; (2) cancer ; (3) maladies cardiovasculaires ; (4) maladies respiratoires chroniques ; (5) troubles musculo-squelettiques ; (6) troubles neurologiques ; (7) maladies transmissibles et enfin (8) surpoids et obésité, ainsi qu'aux facteurs de risque comportementaux suivants : (1) alcool ; (2) tabac ; (3) consommation de drogues ; (4) alimentation saine ; et (5) activité physique.

Ce schéma pourrait contribuer à la valorisation des programmes régionaux existants (par exemple, dépistages organisés, initiatives d'arrêt du tabac, campagnes de sensibilisation aux canicules, programmes de vaccination…). Par ailleurs, le schéma doit être compréhensible pour tous les niveaux de littératie en santé afin que tant les professionnels de santé que les citoyens puissent l'utiliser efficacement. Le schéma de prévention peut s'inspirer du projet wallon en cours « par *moments* de vie », qui développe une application d'IA proposant aux citoyens des actions préventives personnalisées. En intégrant le schéma de prévention dans le DMG et en l'associant à des rappels automatiques, le suivi des actions préventives peut être simplifié. Notons que lors de la discussion sur l'OSS3, nous avons plaidé pour que le DMG ne soit pas attribué au médecin généraliste individuel, mais bien à la pratique médicale de première ligne.

OSS7e. De nouvelles dispositions en matière de prévention sont intégrées dans la réglementation du DMG, de préférence sur la base d'un programme de prévention cohérent.

Indicateur : oui/non

Il ne suffit pas d'intégrer des modules préventifs dans le DMG : il est absolument indispensable de vérifier de manière adéquate s'ils sont effectivement mis en œuvre. La rémunération financière liée à l'utilisation du DMG devrait être strictement liée au suivi des modules préventifs par la pratique médicale de première ligne. À court terme, il ne sera peut-être possible que de fixer des normes minimales de financement. À plus long terme, on pourrait envisager un modèle de rémunération modulaire pour le DMG, dans lequel la rémunération serait proportionnelle à des critères mesurables relatifs à l'exhaustivité et à la qualité.

OSS7f. Les incitations financières à l'utilisation du dossier médical global en tant qu'outil de prévention sont renforcées.

Indicateur : proportion de patients rattachés à une pratique médicale de première ligne dont le DMG a reçu une évaluation positive

Les réseaux de soins de première ligne proposés dans le cadre de l'OSS3 peuvent renforcer le rôle des acteurs sociaux dans la prévention. Les acteurs non issus du secteur de la santé, tels que les services sociaux, les animateurs socio-éducatifs, les écoles et les intervenants de rue**,** peuvent contribuer à la prévention en repérant les signaux précoces, en menant des entretiens accessibles et en orientant les personnes vers les soins de première ligne lorsque cela s'avère nécessaire. L'INAMI peut jouer un rôle de catalyseur en soutenant la mise en œuvre d'outils de dépistage uniformes destinés aux acteurs de la santé au sein des soins de première ligne.

Un échange de données et une orientation plus efficaces entre les acteurs sont également nécessaires pour exploiter pleinement le potentiel synergique. Cela implique l'interopérabilité entre les systèmes des réseaux de soins de première ligne et des services sociaux, ce qui se traduit par un stockage centralisé des informations, où sont par exemple reliées les données des infirmières de pratique, les données relatives au poids et à la taille collectées par l'ONE ou Kind en Gezin, les informations issues des services sociaux, etc. La collaboration entre les différents acteurs de première ligne est une caractéristique essentielle des réseaux décrits dans le cadre de l'OSS3. La collaboration avec des acteurs non issus du secteur des soins représente peut-être un défi encore plus grand. Nous avons également déjà souligné l'importance des structures de soutien au niveau méso.

OSS7g. Dans le cadre de la prévention, le secteur des services sociaux est intégré dans les réseaux de première ligne.

Indicateur : proportion de réseaux de première ligne ayant mis en place une collaboration structurée avec des acteurs non sanitaires axée sur la prévention

Afin de renforcer la prévention dans les soins de première ligne, les professionnels doivent être dotés *de* connaissances, de méthodologies et de compétences fondées sur des preuves afin de les appliquer efficacement dans leur pratique quotidienne. Des programmes tels que HALT2Diabetes, « Bouger sur prescription » et les trajets de prévention des chutes proposent des approches structurées et standardisées qui rendent la prévention systématique plutôt qu'ad hoc. La formation à l'entretien motivationnel et à une approche personnalisée est tout aussi importante pour les questions liées au mode de vie – telles que l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme, la consommation d'alcool et le bien-être mental. Les préjugés, tant implicites qu'explicites, liés au genre, à l'origine migratoire, au statut socio-économique ou à la littératie en santé peuvent entraîner des inégalités d'accès aux soins préventifs et renforcer les inégalités de santé existantes. Il est donc essentiel de sensibiliser à ces préjugés afin de garantir que les soins préventifs soient dispensés de manière cohérente, respectueuse et équitable à tous les patients.

En intégrant ces méthodes dans l'enseignement, la formation continue et l'organisation des pratiques, la prévention devient une compétence clé des soins de première ligne, ce qui se traduit par davantage de cohérence, de qualité et d'améliorations mesurables en matière de santé publique. Cela ne relève évidemment pas du domaine de compétence de l'INAMI, mais celui-ci peut y contribuer en accordant une accréditation pour la participation à ces initiatives éducatives ou en élaborant un cadre de compétences en matière de prévention et de promotion de la santé.

OSS7h. Les connaissances et les compétences en matière de soins préventifs sont intégrées dans les conditions d'accréditation des pratiques de première ligne.

Indicateur : proportion de pratiques de première ligne répondant aux conditions de prévention requises pour l'accréditation

Dans le chapitre consacré à l'OSS3, nous avons considéré la participation à un réseau de collaboration multidisciplinaire comme une condition d'accréditation. Le développement des connaissances en matière de compétences préventives peut être évalué en parallèle. Les deux ne coïncident pas nécessairement : des pratiques monodisciplinaires peuvent développer des compétences préventives de manière structurée, tandis que des pratiques multidisciplinaires peuvent ne pas accorder suffisamment d'attention à la prévention. Dans la pratique, cependant, ces deux conditions se recouperont souvent.

Les projets pilotes offrent la possibilité de tester et d'évaluer des approches innovantes en matière de prévention. Des initiatives telles que les conseillers en santé ou les agents de prévention, ainsi que les unités mobiles de prévention ou les kiosques, élargissent la portée et améliorent l'accessibilité des soins préventifs, en particulier pour les groupes cibles vulnérables ou difficiles à atteindre. Ces initiatives s'intègrent au mieux au niveau méso. En assurant un suivi systématique de l'efficacité et de la faisabilité de ces projets, il est possible d'identifier les meilleures pratiques et de les déployer à plus grande échelle au sein des soins de première ligne. Ces initiatives peuvent être alignées sur les efforts de prévention déjà déployés par les caisses d'assurance maladie.

OSS7i. Des projets innovants sont mis en place pour réduire les inégalités en matière de santé par la prévention, en faisant appel à des conseillers en santé ou à des agents de prévention au sein des réseaux de soins de première ligne (éventuellement partagés entre différents réseaux). Si l'évaluation d'impact est positive, ces initiatives sont consolidées.

Indicateur : nombre de réseaux de soins de première ligne faisant appel à des conseillers en santé ou à des agents de prévention dans le cadre de leur politique de prévention

Indicateur : portée des projets auprès des membres des groupes cibles éloignés des structures de prévention classiques

7.4 Renforcer et exploiter les données pour suivre et orienter la prévention

Une politique de prévention efficace exige que les acteurs du secteur de la santé contribuent à la collecte systématique de données sur la santé et les comportements. Il est essentiel d'intégrer des indicateurs de prévention dans le Dossier de santé intégré belge (BIHR). L'analyse des données doit s'effectuer au niveau des pratiques, au niveau des réseaux de soins de première ligne, au niveau mésostructurel et au niveau des structures locorégionales afin de faciliter la gestion de la santé publique. À cet égard, il convient de collaborer, dans la mesure du possible, avec l'IMA et les services d'étude des mutuelles, où de nombreuses analyses sont déjà réalisées sur les données relatives à l'utilisation des soins de santé.

Au niveau des pratiques de première ligne, nous avons déjà souligné la nécessité d'enregistrer les données de prévention dans le DMG. La mise en place d'un programme global de prévention et son suivi conduiront automatiquement au suivi d'indicateurs de prévention au niveau des pratiques. Cela n'est toutefois pas suffisant. Il est nécessaire d'accorder une attention particulière à la gestion de la santé au niveau de la *population (population health management).* Les données nécessaires doivent tout d'abord être collectées par les réseaux de soins de première ligne et les hôpitaux, mais elles doivent être analysées et traduites en politiques au niveau méso et par les zones locorégionales. Ces informations sur la population sont ensuite naturellement retransmises aux hôpitaux, aux réseaux de soins et aux pratiques de première ligne. Un partage des données sécurisé et transparent est essentiel à cet égard pour garantir à la fois la qualité des analyses et la protection des données des patients.

Les données locales (ou régionales) relatives à la santé de la population doivent être utilisées pour élaborer des stratégies de prévention axées sur la population, adaptées aux caractéristiques concrètes d'une population locale spécifique. À cette fin, il convient de mettre en place un système de suivi efficace pour l'analyse de la population. Des données doivent être collectées afin de mettre en place des systèmes de suivi au niveau des pratiques et de la population. Lors de la collecte de ces données, il convient d'accorder une attention suffisante aux facteurs contextuels (sociaux, économiques, écologiques).

OSS7j. Les réseaux de soins primaires et les hôpitaux collectent des données structurées sur la santé et les comportements de la population. Ces données sont transmises et analysées au niveau méso et par les structures locorégionales, puis les résultats sont renvoyés aux soins primaires et aux hôpitaux.

Indicateur : nombre de patients atteints de maladies chroniques enregistrés dans un système de suivi de gestion de la santé de la population

Indicateur : proportion de pratiques et de réseaux de première ligne activement intégrés dans des réseaux de gestion de la santé de la population

Une politique de prévention proactive nécessite un suivi continu de l'état de santé de la population et la capacité d'anticiper les besoins émergents en matière de santé. Des investissements structurels et à long terme sont nécessaires pour permettre un suivi systématique des effets sur la santé liés au comportement, à l'environnement et au climat, en accordant une attention particulière aux disparités socio-économiques. En renforçant la capacité de prévision grâce à des projections démographiques et épidémiologiques, les décideurs politiques et les acteurs du secteur de la santé peuvent anticiper les tendances et identifier les groupes vulnérables. Parallèlement, le suivi doit également servir des objectifs réactifs : évaluer les politiques en cours et les ajuster si nécessaire. De cette manière, le suivi soutient à la fois la prévention prospective et l'amélioration continue des politiques de santé.

OSS7k. L'état de santé fait l'objet d'un suivi au niveau de la population et les besoins futurs en matière de santé sont anticipés, en accordant une attention particulière à l'élaboration de mesures préventives adaptées visant à réduire les inégalités en matière de santé.

Indicateur : oui/non

Outre l'anticipation des besoins futurs en matière de santé, le suivi et l'évaluation ex post des mesures politiques constituent également un élément important de la *gestion de la santé de la population*. La collecte systématique de données permet de détecter la surutilisation et la sous-utilisation des soins préventifs, et d'améliorer la portée effective auprès des différents groupes cibles ainsi que l'efficacité des moyens mis en œuvre. Une collecte de données complémentaire au niveau méso est nécessaire pour évaluer a posteriori les mesures actuelles et futures de l'INAMI. Ces initiatives (par exemple, la télésurveillance des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique) doivent faire l'objet d'un suivi à l'aide d'indicateurs d'accessibilité, de participation, d'efficacité et de résultats.

Afin de garantir une mise en œuvre à la fois efficace et équitable de la prévention, il est important d'inclure des indicateurs sensibles aux inégalités. Cette préoccupation ne concerne pas seulement les différences socio-économiques en matière d'exposition, d'accès et d'utilisation, mais aussi d'autres inégalités, telles que celles liées au genre, à l'âge ou à la région. Un système de suivi axé sur l'équité permet de déterminer plus précisément quels groupes sont touchés et où des efforts supplémentaires sont nécessaires.

La mise en place d'un système complet de gestion de la santé publique est un travail de longue haleine. À court terme, il est déjà possible de s'appuyer sur les indicateurs figurant dans les rapports de performance du KCE. À cette fin, les informations relatives à la prévention contenues dans ces rapports doivent toutefois être renforcées. Le KCE travaille actuellement à l'élaboration d'un rapport sur la prévention. Les indicateurs qui en découleront serviront de lignes directrices.

OSS7l. Le suivi de la prévention via les rapports de performance dans le cadre de *l'Évaluation de la performance du système de santé (HSPA)*est renforcé.

Indicateur : oui/non

7.5 Modèles de financement innovants et incitations financières

Dans le chapitre consacré à l'OSS3, nous avons abordé plus en détail les modalités de financement des pratiques de première ligne. Une évolution vers un financement (partiellement) forfaitaire, associée à une utilisation ciblée de la prime de pratique intégrée et au suivi des activités préventives au sein du DMG, devrait générer des incitations financières suffisantes pour les activités préventives. Comme expliqué dans ce chapitre, on peut également envisager la mise en place de mécanismes de *« shared savings* » au niveau des mésostructures.

Les entités fédérées investissent depuis longtemps déjà dans divers programmes de prévention. L'INAMI peut jouer un rôle de soutien à cet égard en renforçant les initiatives de prévention existantes et en encourageant la participation à des initiatives innovantes. Cela peut notamment se faire en sensibilisant et en motivant les professionnels de santé à participer à des initiatives telles que « Bouger sur prescription » et l'accompagnement au sevrage tabagique, ainsi qu'en rassemblant les bonnes *pratiques* des différentes entités fédérées afin que les approches efficaces puissent être généralisées. Il convient également d'étudier plus en détail les possibilités d'encourager les citoyens à titre individuel. À cet égard, la préférence doit être donnée aux incitations positives, et non aux mesures de sanction, afin d'éviter la culpabilisation et une aggravation des inégalités sociales.

OSS7m. Des incitants financiers en faveur de la prévention sont mis en place, tant pour les prestataires de soins que pour les patients

Indicateur : oui/non

À l'avenir, il sera possible d'expérimenter la mise en place de mécanismes P4P dans lesquels la performance inclut également des indicateurs relatifs aux processus de prévention (évolution de l'IMC, dépistage FINDRISC) et des résultats concrets en matière de prévention, tels que le taux de vaccination, la réduction de l'obésité ou la participation au dépistage. Le P4P peut être mis en place aussi bien dans les pratiques de médecine générale que dans les hôpitaux. Il est possible d'expérimenter des budgets hospitaliers dans lesquels une partie du financement dépend d'actions de prévention *démontrables*, ciblant par exemple les maladies chroniques. Cela pourrait encourager les hôpitaux à ancrer systématiquement la prévention dans leurs services et à favoriser la collaboration avec les acteurs des soins de première ligne. Lors de l'élaboration de telles initiatives, il est toutefois essentiel d'éviter que les régions défavorisées ou les professionnels de santé travaillant avec des patients présentant des besoins complexes soient involontairement pénalisés.

La plus grande prudence s'impose lors de la mise en place de tels mécanismes P4P. Des études empiriques ont montré que leurs effets ne sont certainement pas uniquement positifs. La mise en place du P4P dans les hôpitaux belges fait actuellement l'objet d'une étude menée par le KCE. Il est recommandé d'inclure des indicateurs de prévention dans cette étude et dans d'éventuelles expérimentations.

OSS7n. Les effets potentiels des initiatives de rémunération au rendement dans le domaine de la prévention font l'objet d'une étude.

Indicateur : oui/non

Dans ce contexte, il reste essentiel de maintenir des incitations innovantes en faveur de la prévention et d'explorer de nouveaux programmes de prévention par le biais de projets pilotes, en étroite collaboration avec les entités fédérées. Cela peut inclure aussi bien des approches cliniques que des approches de proximité, telles que la consultation prénatale personnalisée, les bus de mammographie mobiles et d'autres unités de prévention mobiles qui améliorent l'accessibilité des soins préventifs. Les mutuelles peuvent, par l'intermédiaire de leurs agents de prévention, accompagner de manière proactive leurs adhérents, en particulier les groupes vulnérables, vers des comportements de santé préventifs grâce à un suivi ciblé et à l'orientation vers des services adaptés, comme cela a déjà été mis en œuvre dans le cadre d'études pilotes. Les modèles à orientation sociale méritent également une attention particulière : des projets tels que les Community Health Workers et les programmes de prévention de Fedris montrent comment des interventions tenant compte des déterminants sociaux de la santé peuvent atteindre efficacement les groupes vulnérables.

En évaluant systématiquement l'efficacité et la faisabilité de ces projets pilotes, il est possible d'identifier les *meilleures pratiques* et de les déployer à plus grande échelle au sein des soins de première ligne. Les exemples étrangers peuvent être une source d'inspiration à cet égard.

OSS7o. Des programmes de prévention innovants, menés en étroite collaboration avec les entités fédérées, sont étudiés et soutenus.

Indicateurs : oui/non

8 Perspectives d'avenir

Le présent avis contient toute une série d'OSS et il est évident que des priorités devront être définies. Ce n'est pas le rôle de la COSS, mais celui des décideurs politiques. Nous allons maintenant nous pencher sur ce que pourrait être le rôle de la COSS dans un avenir proche.

8.1 Suivi

Dans le cadre légal, la COSS se voit confier la tâche d'évaluer l'avancement de la politique et de présenter un rapport annuel à ce sujet. Une procédure doit être élaborée pour structurer ce suivi. La COSS propose d'élaborer et de mettre à jour régulièrement une *fiche d'information pour chacun des OSS proposés,* sur la base des indicateurs suggérés. Une mission importante à cet égard consiste à opérationnaliser concrètement différents concepts qui ont été intégrés à titre provisoire dans les indicateurs proposés (par exemple, la définition d'un patient chronique ou de l'apparition de troubles mentaux). Cela permettra également de déterminer clairement quelles données supplémentaires doivent être collectées régulièrement et d'établir un calendrier pour les moments de mesure désignés. Il convient de noter à cet égard que la formulation de l'objectif en matière de soins de santé peut faire l'objet d'une (ré)évaluation constante, et que les OSS peuvent être révisés au cours de la législature. En outre, la loi prévoit expressément une évaluation à la fin de la législature.

8.2 Évaluation ex post

Un objectif plus ambitieux, qui n'est pas explicitement mentionné dans le cadre légal, mais qui s'y rattache très étroitement, est l'évaluation ex post de mesures politiques spécifiques. Il s'agit d'une tâche complexe, pour laquelle un apport scientifique supplémentaire est nécessaire. Il faut disposer d'une description claire de la situation initiale pour le ou les OSS concernés (ce qu'on appelle la mesure de référence) et d'une prévision de l'évolution *« contrefactuelle »*, c'est-à-dire une prévision de la manière dont les indicateurs évolueraient si la politique restait inchangée. La COSS demande que l'on examine plus en détail les moyens qui seront mis à disposition à cette fin et dans quelle mesure il sera possible de faire appel, de manière structurelle, à la collaboration d'autres institutions (par exemple, les universités, le KCE et Sciensano).

8.3 Rôle futur des groupes de travail

Les groupes de travail actuels avaient un mandat clair et limité : concrétiser les objectifs initialement formulés de manière plutôt abstraite et proposer des indicateurs possibles. En principe, cette mission est désormais achevée. Il convient toutefois de faire une exception pour le groupe de travail consacré à l'OSS5 qui, en raison de sa mission spécifique portant sur l'augmentation des tickets modérateurs, n'a pas pu approfondir les autres éléments d'accessibilité mentionnés dans l'avis de la COSS d'avril 2025. En ce qui concerne l'OSS7, le groupe de travail pourrait également approfondir les thèmes spécifiques qui n'ont pas encore pu être abordés jusqu'à présent afin de compléter le cadre global qui vient d'être esquissé.

Le besoin d'une expertise supplémentaire demeure toutefois en ce qui concerne le suivi, la mise à jour et l'évaluation de l'OSS, ainsi que la poursuite de la mise en œuvre des indicateurs proposés. Il semble utile de faire à nouveau appel à des groupes de travail à cette fin. On peut s'appuyer sur les groupes de travail actuels, mais il peut également s'avérer opportun de modifier leur composition en fonction de l'OSS spécifique sur laquelle l'accent est mis. Comme c'était le cas jusqu'à présent, les avis finaux restent bien sûr de la compétence exclusive de l'ensemble de la commission COSS.

8.4 Aspects budgétaires

Les aspects budgétaires ont été négligés dans cet avis. À l'avenir, ceux-ci devront être intégrés de manière plus explicite, notamment dans l'avis de l'automne, dans lequel la COSS doit présenter un rapport sur la cohérence entre la proposition budgétaire du Comité d'assurance et les objectifs en matière de soins de santé. À cette fin, une forme structurée de collaboration doit être mise en place avec la Commission du contrôle budgétaire.

8.5 Alignement sur les objectifs interfédéraux en matière de santé

Les travaux de la COSS doivent être coordonnés avec les évolutions relatives à la mise en œuvre concrète des objectifs fédéraux en matière de santé. L'objectif doit en effet rester que les OS constituent la base de la définition des OSS. Nous plaidons donc pour que la COSS soit explicitement associée aux concertations sur les OS.

Comme souligné précédemment, la définition de la mission de la COSS fait explicitement référence au « Quintuple Aim » et au développement durable. Cette approche est plus large que celle des OS généraux sur lesquels la Conférence interministérielle Santé publique est parvenue à un accord et englobe, outre la santé de la population et la réduction des inégalités, le bien-être des prestataires de soins, la qualité des soins telle qu'elle est perçue par le patient et l'accessibilité financière des soins. Si la formulation actuelle des OS est conservée, ceux-ci n'offrent aucun repère pour la formulation d'OSS portant sur d'autres composantes du « Sextuple Aim ». À l'avenir, la perspective plutôt médicale à partir de laquelle les OS sont abordés devrait peut-être également être élargie à une vision plus large des soins de santé, accordant une attention suffisante aux objectifs de vie individuels des patients.

8.6 Représentation des institutions fédérées

Nous rappelons une fois encore que la répartition actuelle des compétences en Belgique complique parfois considérablement les réformes de l'organisation des soins de première et de deuxième ligne, ainsi que les efforts supplémentaires en matière de prévention. La collaboration avec les institutions fédérées est absolument indispensable. La COSS plaide donc à nouveau en faveur d'une représentation formelle des institutions fédérées au sein de la commission COSS (et du Conseil général), comme le prévoit déjà la loi.

8.7 Procédure de consultation

La description de la mission légale de la COSS prévoit également la mise en place d'une vaste procédure de consultation. Dans un avenir proche, il faudra réfléchir à un processus de consultation structuré qui soit suffisamment ouvert, qui n'entre pas en conflit avec la structure de concertation existante et qui puisse servir de source d'inspiration pour la définition et la mise en œuvre d'un ensemble de OSS cohérents. Il convient également d'examiner si les associations de patients, fortes de leur expertise issue de l'expérience, peuvent être explicitement intégrées à ce processus.

9 ANNEXE I. EXPERTS CONSULTÉS OSS3

Lucia Alvarez (UC Louvain) – harmonisation des première et deuxième lignes

Dagmar Annaert (Sciensano) – PaRiS

Ronny Bruffaerts (KU Leuven) – Soins de santé mentale et première ligne

Laetitia Buret (Uliège) – décloisonnement des professions de santé

Jan De Maeseneer (Ugent) – organisation première ligne

Mieke Deschodt (KU Leuven) – transitions des soins

Fabienne Glowacz (Uliège) – Soins de santé mentale et première ligne

Lode Godderis (KU Leuven) – malades de longue durée

Geert Goderis (KU Leuven) – organisation première ligne

Eva Goossens (Uantwerpen) – décloisonnement professions de santé

Martijn Lambert (Ugent) – soins dentaires et buccaux

Peter Pype (Ugent) – organisation première ligne

Quentin Vanderhofstadt (ULB) – organisation première ligne

Dominique Vandevelde (Ugent) – intégration objectifs de vie du patient

10 ANNEXE II. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL PRÉVENTION

ÉTABLISSEMENT		MEMBRE DU GROUPE DE TRAVAIL
Membres COSS		Brecht Devleesschauwer
		Johan Bilsen
		Robby De Pauw
		Pascal Meeus
		Samira Ouraghi
		Erik Schokkaert
Entités fédérées	Wallonie (AVIQ)	Didier Agazzi
		Nathanaël Eyer
		Aurélie Pierard
	Flandre (Département Soins)	Iris De Schutter
		Machteld Wauters
		Karen Colaert
		Alexander Witpas
	Bruxelles (Vivalis)	Olivier Gillis
		Sarah Missinne
		David Hercot
Universités	UCLouvain	Ségolène Malengreaux
	Uantwerpen	Guido Van Hal
	ULB	Koen Putman
Mutuelles	Mutualités libres	Katrien De Reu
Organisation de prévention	Wallonie (Fédération Wallone de la Promotion de la Santé)	Pascale Marcoux
		Michel Candeur
	Flandre (Plateforme de prévention)	Patricia Van Pelt
	Bruxelles (Fédération Bruxelloise de la Promotion de la Santé)	Ségolène Malengreaux
SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement		Miguel Lardennois
Sciensano		Masja Schmidt
		Julie Hemeryck
		Hanne Vanrumste

Une expertise spécifique a été sollicitée pour expliquer les réformes des soins de première ligne au niveau régional :

- Elke Wijnants – Département Soins
- Vladimir Martens – Vivalis
- Anaïs Legrand – AVIQ

11 ANNEXE III. ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS DE SANTÉ EN BELGIQUE

Niveau	**Micro**	**Méso**	**Macro**
Définition	Zone locale où les personnes/communautés/patients interagissent avec les prestataires de services des secteurs de la santé et du social, mais aussi avec les acteurs du développement local – communes, structures d'accueil de la petite enfance, RVT, écoles…	Zone locorégionale caractérisée par une gouvernance partagée formalisée. Cette gouvernance doit décider des mesures visant à soutenir les initiatives développées au niveau micro, mais aussi de la mise en œuvre de programmes ciblés destinés à soutenir le développement au niveau micro (espaces de vie ou groupes de quartier)	Niveau régional ou fédéral où le cadre politique est défini (organisation de la santé en ligne, conditions de financement, législation, etc.)
Définition fonctionnelle du niveau de soins	Les problématiques les plus courantes : 80 à 90 % des situations Fonctions : Dans le domaine de la santé : • Accessibilité pour « tout le monde » • Continuité entre les épisodes • Approche holistique • Approche centrée sur la personne En ce qui concerne les acteurs locaux : • Responsabilité partagée vis-à-vis de la population Il en résulte une approche proactive Soutien, accompagnement et suivi stratégique par l'équipe opérationnelle au niveau méso	Point de jonction entre le niveau micro et les approches plus spécifiques : 10 à 20 % Fonctions de soutien pour les « micro-régions » : • Support technique • Accompagnement par des experts • Accompagnement spécifique (planification des activités/suivi/évaluation des actions) dans les domaines suivants : o prévention/promotion de la santé, o thèmes spécifiques : santé mentale, addictions, etc. Plateforme de concertation avec les établissements hospitaliers	Chargé de créer un environnement politique favorable afin de soutenir les collectivités locales et régionales

Étendue du domaine de responsabilité *Équilibre entre la proximité et la connaissance du terrain d'une part, et la disponibilité de l'expertise ou des ressources d'autre part*	Un périmètre plus restreint pour mieux appréhender les spécificités locales	Zone : • Suffisamment vaste (et avec une population plus importante) pour permettre une gestion stratégique de la population • Suffisamment restreinte pour rester en contact avec les spécificités locales et régionales	Région/pays
Types d'acteurs	Acteurs de première ligne Acteurs sociaux et sanitaires du quartier ou de la commune Pouvoirs locaux Citoyens et communautés	Représentants des acteurs locaux/micro-acteurs : acteurs de première ligne, citoyens et collectivités locales Plateformes de soins spécialisés Réseaux hospitaliers Équipe opérationnelle « méso »	Politiques régionales et fédérales

Organisations régionales			
Flandre *Réforme flamande des soins de première ligne : 2019*	Le concept de soins de proximité ou de soutien actif de proximité • très local, au niveau local ou dans le quartier ; • rattaché à la zone de première ligne ○ contrat local ou projet pour des initiatives locales • non standardisé ni structuré ; correspond davantage à un niveau local non institutionnel	Zone(s) de soins de première ligne (ZPL) : 60, dont 1 à Bruxelles Au moins 60 000 habitants. Équipe opérationnelle : Conseil des soins (ASBL), composé d'au moins 4 pôles d'activité : soins, bien-être, autorités locales, personnes ayant besoin de soins ou d'accompagnement ; (NB : à Bruxelles, le conseil des soins n'est pas une ASBL.) Différentes structures supralocales : • Zones régionales de soins (« plateforme régionale de soins », composée d'au moins 2 ZPL, comptant au moins 300 000 habitants ; pour la coordination autour de thèmes spécifiques (soins palliatifs, centres d'expertise en matière de démence, santé mentale) et avec les structures hospitalières ; *actuellement en cours de mise en place.* • À distinguer des « régions de référence », qui visent une coopération intersectorielle plus large ; il existe 15 zones.	VIVEL Gouvernement flamand
Wallonië (Lambert, A.-S., Scholtes, B., Herbaux, D. & Macq, J. 2023) *Réforme Proxisanté* *(2024-25)*	Répartition en bassins de vie 10 000 à 50 000 habitants Zone définie (de manière descendante) et adaptée par l'OLS. = « équipes de soins de première ligne », regroupées sous un même toit et/ou au sein d'un réseau Pour des initiatives de collaboration entre les acteurs des secteurs de la santé et du social et les structures locales (associations de quartier, communes ayant des projets de cohésion sociale)	Organisation(s) locorégionale(s) : OLS 10 OLS sur le territoire wallon (fixé par un arrêté du Gouvernement wallon- 2024) ; au moins 300 000 habitants Équipe opérationnelle : en cours de constitution • sur la base de consortiums d'ASBL dont les missions relèvent de l'accompagnement et des soins de première ligne, à l'exclusion des hôpitaux ou réseaux hospitaliers et des organismes d'assurance, • les compétences techniques doivent encore être développées ; soutien apporté par Horizys. • Autres structures à développer au niveau de l'OLS : structure de gouvernance, groupes locaux et groupes spécifiques • Point de coordination pour : la santé mentale, les soins, les addictions, etc.	• Horizys *Avec, à l'avenir, l'Institut wallon des soins de première ligne – Forum 1re ligne (qui n'existe pas encore)* • Comité d'accompagnement (avec un représentant de l'OLS) • AVIQ • Ministère wallon de la Santé publique

	• Soutenu par le niveau supérieur (OLS ;à moyen terme, le partage des ressources locales est envisageable)		
Bruxelles Plan sociosanitaire intégré (2022)	Répartition en (groupes de) quartiers sociosanitaires : 56 zones Mise en œuvre via des contrats locaux Social Santé (CLSS) d'une durée de 5 ans. Équipe opérationnelle : coordination sociale assurée par les CPAS des communes concernées ; soutenue par le CeRAPSS ; mise en œuvre par la COCOM	Répartition en zones d'aide et de soins : 5 dans la région De 200 000 à 350 000 habitants, doivent comprendre au moins 5 quartiers de santé sociale Équipe opérationnelle : un site par zone avec des professionnels dédiés, soutenu et coordonné par BRUSANO (structure d'appui à l'aide et aux soins de première ligne) Autres structures locales et régionales : conseil d'aide et de soins (organe de gouvernance participative), groupes de travail spécifiques, ateliers permanents	• BRUSANO • Vivalis Brussels • Région de Bruxelles-Capitale
Communauté germanophone	~=60 000 personnes ~= ZPL ?		

12 ANNEXE IV. DÉPENSES PERSONNELLES EN BELGIQUE : L'APPROCHE DE L'OCDE

12.1 Introduction

12.1.1 CONTEXTE

Les dépenses personnelles peuvent, selon leur montant et leur structure, entraver l'accès aux soins nécessaires. Il est donc essentiel de disposer d'une vision claire et détaillée de ces coûts. Des informations fiables sur l'ampleur des dépenses personnelles permettent d'identifier en temps utile les obstacles financiers et d'élaborer des mesures politiques ciblées visant à préserver ou à renforcer l'accessibilité des soins.

Le calcul de l'ampleur des dépenses personnelles payées par les patients constitue un élément important, mais souvent flou dans la pratique, du financement des soins de santé. La coexistence de différentes définitions, de méthodes de calcul divergentes et modifiées rétroactivement, ainsi que l'utilisation de multiples sources de données, rendent difficile l'obtention d'une image claire et transparente de ce que les patients doivent finalement payer de leur poche.

La présente note technique explique comment le montant des dépenses personnelles est calculé dans la pratique. Elle expose étape par étape quelles sources de données sont consultées et comment ces éléments sont intégrés dans le calcul final. Elle permet ainsi de mieux comprendre la méthode et la logique sous-jacente des calculs.

Le calcul repose sur la méthodologie des comptes de la santé (*System of Health Accounts*) mise au point par l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), Eurostat (l'Office statistique européen) et l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement économiques), en collaboration avec leurs États membres. Cette méthodologie commune vise à créer une norme internationale servant de cadre de référence pour mesurer les dépenses personnelles des patients de manière cohérente et comparable d'un pays à l'autre. En s'appuyant sur cette approche, on s'aligne sur une méthodologie reconnue au niveau international, ce qui rend les résultats plus comparables et permet de les replacer dans une perspective internationale plus large.

L'établissement des comptes de la santé est obligatoire pour les États membres de l'UE (en vertu du règlement (UE) 2015/359) à compter de l'année de référence 2014. Toutefois, de nombreux pays fournissent ces données depuis plus longtemps déjà à titre volontaire, notamment la Belgique, qui établit les comptes de la santé depuis 2003 au sein du SPF Sécurité sociale. [1b]

Selon les calculs de l'OCDE, les dépenses personnelles à la charge des patients en Belgique représentaient 21,8 % des dépenses totales de santé en 2024.

[b] Les références de l'annexe 4 ont été ajoutées à la fin de l'annexe.

12.1.2 MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

La question de l'ampleur des dépenses personnelles du patient a été traitée au sein du groupe de travail « Accessibilité » de la Commission COSS. Ce groupe de travail est composé de membres de la COSS, auxquels s'ajoute un expert du domaine :

- Membres de la Commission COSS : Erik Schokkaert (président de la Commission COSS), Nicolas Bouckaert (KCE), Sofie Callens (AFMPS), Elise Derroitte (MC), Samira Ouraghi (SPF Santé publique), Nicolas Rossignol (MC), Carine Van de Voorde (KCE – présidente du groupe de travail sur l'accessibilité)
- Membre externe : Raf Van Gestel (KU Leuven)

12.1.3 STRUCTURE DE LA NOTE

Le chapitre 2 traite du concept de dépenses personnelles. Le chapitre 3 aborde les comptes de la santé, tandis que le chapitre 4 expose la méthodologie de calcul des dépenses personnelles des patients. Il traite successivement des comptes nationaux, des corrections apportées par le SPF Sécurité sociale et des composantes des dépenses personnelles à charge des patients. Le chapitre 5 conclut par un aperçu des chiffres clés.

12.2 Qu'entend-on par dépenses personnelles ?

En général, le remboursement par l'assurance maladie obligatoire ne couvre pas l'intégralité du coût d'une prestation de soins. Les dépenses personnelles des patients se composent de trois éléments (Figure 1).

- D'une part, il y a le ticket modérateur : la différence entre le tarif conventionné et le remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé officiellement.
- Dans certaines situations, les prestataires de soins peuvent également facturer des suppléments en plus de ce tarif officiel. Les suppléments sont définis comme la différence entre le montant total payé et le tarif conventionné.
- Par ailleurs, certaines prestations ne sont pas couvertes par l'assurance maladie obligatoire. Dans ces cas-là, il n'existe pas de tarif conventionné et le patient prend en charge la totalité des frais. Cela vaut notamment pour les implants non remboursés, les médicaments de la catégorie D ou les interventions esthétiques non remboursées.

Figure 1 – Dépenses personnelles en matière de soins de santé

<table>
<tr><td colspan="3">Coût total d'une prestation couverte par l'assurance maladie obligatoire</td></tr>
<tr><td colspan="2">Tarif conventionné</td><td></td></tr>
<tr><td>Remboursement</td><td>Ticket modérateur</td><td>Supplément</td></tr>
<tr><td colspan="3">Coût total d'une prestation non couverte par l'assurance maladie obligatoire</td></tr>
<tr><td colspan="3">Dépenses personnelles</td></tr>
</table>

12.3 Comptes de la santé

L'OCDE, l'OMS et Eurostat ont développé une méthodologie permettant de calculer les dépenses personnelles des patients pour les soins de santé sur la base du *Système de comptes* de la santé (SCS)2 Ils le font en collaboration avec les États membres de l'Union européenne. L'objectif est de fournir un outil permettant d'analyser de manière comparable les systèmes de santé des différents pays.

Le *Système des comptes* de la santé (SCS) est un guide destiné à la collecte et au traitement des données relatives aux dépenses de santé. Le SCS sert de base à l'élaboration de comptes de la santé qui décrivent le financement global des soins de santé. Les comptes de la santé sont établis par le SPF Sécurité sociale, à partir des chiffres relatifs aux dépenses publiques de santé, aux dépenses des assurances complémentaires et à l'estimation de la consommation finale des ménages réalisée par l'Institut des comptes nationaux (ICN)[c3]. La méthodologie utilisée par le SPF Sécurité sociale est également déterminée en partie par l'accès aux données (et leur niveau de détail).

Dans le cadre du SCS, la consommation finale estimée des soins de santé est analysée selon trois dimensions[3]

- Fonction (« HC ») : décrit les types de soins utilisés, tels que les soins préventifs ou les soins de longue durée ;
- Prestataire (« HP ») : indique par l'intermédiaire de quels prestataires ou établissements les soins sont dispensés, par exemple les hôpitaux ou les pharmacies ;
- Mode de financement (« HF ») : montre comment les dépenses totales sont réparties entre les différentes sources de financement, en d'autres termes, quel acteur prend en charge quelle part des coûts finaux.

Le calcul des dépenses personnelles des patients s'appuie sur la dimension « régime de financement ». Le **financement total** (« HF ») comprend :

- le financement public et les cotisations obligatoires pour les soins de santé. Cela comprend les cotisations de sécurité sociale complétées par des fonds publics généraux, mais aussi les dépenses des administrations telles que l'AVIQ, Iriscare, la Protection sociale flamande et certaines composantes médicales au sein de départements tels que la Défense (composante médicale, Neder-over-Heembeek), l'Intérieur (112), les Affaires étrangères (Institut de médecine tropicale), la Justice (certains soins dans les prisons et les centres de détention), la Croix-Rouge, la Vlaamse Kruis, l'Office de contrôle des mutualités, la Fedris (Agence fédérale pour les risques professionnels), etc. Le niveau communal, comme les CPAS, n'est pas pris en compte
- Assurance maladie volontaire, proposée par les mutuelles et par les assureurs privés ;
- Dépenses personnelles à charge du patient

[c] L'ICN est le fruit d'une collaboration entre la Banque nationale de Belgique (BNB), le Bureau fédéral du plan et le SPF Économie (en particulier Statbel).

12.4 Calcul dépenses personnelles

12.4.1 LES COMPTES NATIONAUX

Les comptes nationaux constituent le point de départ pour l'estimation des dépenses personnelles des ménages pour les soins de santé dans le cadre des comptes de la santé. La consommation finale des ménages en matière de soins de santé est particulièrement pertinente à cet égard. Elle reflète la part des dépenses de santé qui est finalement imputée aux ménages.

Les comptes nationaux offrent un cadre standardisé pour mesurer l'activité économique. En Belgique, ils sont établis conformément au *Système européen des comptes* (ESA 2010) et utilisés pour des indicateurs tels que le produit intérieur brut (PIB) et le revenu national brut (RNB). Ils décrivent l'économie sous trois angles : la production, les revenus et les dépenses.

12.4.2 MÉTHODE

Le calcul de la consommation finale des ménages dans les comptes nationaux s'appuie sur différentes sources et méthodes. Pour de nombreux produits et services, l'enquête sur le budget des ménages constitue un point de départ important.[4] Cette enquête ne porte que sur les ménages privés, ce qui peut entraîner un biais.

Pour certaines catégories de produits, dont les soins de santé, on utilise toutefois un calcul spécifique. Cela s'explique par deux caractéristiques du secteur. Premièrement, la structure de paiement est complexe. Le patient ne paie souvent qu'une partie des soins reçus, tandis qu'une autre partie est financée par l'assurance maladie obligatoire. Dans les comptes nationaux, ces montants sont attribués au secteur qui les finance en dernier ressort, à savoir les ménages ou les administrations publiques. Cette répartition ne peut être clairement déduite de l'enquête sur le budget des ménages. Deuxièmement, la délimitation est parfois difficile, par exemple entre les dépenses médicales et les autres dépenses dans les maisons de repos, ou entre les soins ambulatoires et l'hospitalisation classique.

Les tableaux des ressources et des emplois comme base de calcul

Pour calculer la consommation finale de soins de santé par les ménages, on utilise les *tableaux des ressources et des emplois* (SUT). Ces tableaux recensent, d'une part, la valeur de l'offre dans l'économie pour chaque produit (*ressources*). D'autre part, ils décrivent, pour chaque produit, son utilisation, notamment par quels secteurs économiques ou utilisateurs finaux l'offre disponible est utilisée (*emploi*). Le principe de base est le suivant :

Offre = production + importations + taxes sur les produits – subventions sur les produits

Emploi = consommation intermédiaire + consommation finale + exportations + formation de capital

Pour équilibrer les comptes, la relation suivante doit s'appliquer à chaque produit :

Offre = Emploi

Le SUT belge recense 139 branches d'activité, basées sur les codes NACE [5] ainsi que 355 produits SUT – ceux-ci incluent également les services. Le calcul de la consommation finale s'effectue au niveau de ces produits SUT. Pour les soins de santé, les produits SUT suivants sont notamment pertinents :

Code SUT	Benaming SUT-product	Dénomination produit SUT
21A01	Farmaceutische grondstoffen	Produits pharmaceutiques de base
21A02	Geneesmiddelen	Médicaments
21A03	Overige farmaceutische producten; industriële diensten ivm farmaceutische producten	Produits pharmaceutiques divers ; services industriels pour préparations pharmaceutiques
32B04	Medische en tandheelkundige instrumenten en benodigdheden	Instruments et fournitures à usage médical et dentaire
86A01	Diensten van ziekenhuizen (behalve revalidatie, psychiatrie en geriatrie)	Services hospitaliers (hors rééducation, psychiatrie et gériatrie)
86A02	Diensten van ziekenhuizen voor revalidatie, psychiatrie en geriatrie	Services hospitaliers de rééducation, psychiatrie et gériatrie
86B01	Huisartspraktijken; praktijken van specialisten	Services des médecins généralistes et spécialistes
86C01	Tandartspraktijken	Services des dentistes
86D01	Medische laboratoria, bloedbanken en diagnostische beelden	Services des laboratoires médicaux, des banques de sang et d'imagerie diagnostique
86D02	Verpleging, fysiotherapie and andere menselijk gezondheidszorg	Services de soins infirmiers, de physiothérapie et autres services de santé humaine
87A01	Verpleegtehuizen en welzijnszorg door bejaardentehuizen	Services d'hébergement médicalisé et d'hébergement social pour personnes âgées
87A02	Tehuizen (behalve verpleegtehuizen en welzijnszorg door bejaardentehuizen), markt	Services d'hébergement social (hors hébergement médicalisé et hébergement social pour personnes âgées), marchand

Estimation de la production

La première étape pour déterminer l'offre consiste à estimer la production de biens et de services de santé. La production est d'abord estimée au niveau des branches d'activité, puis transposée aux produits SUT concernés. Ces estimations s'appuient sur un large éventail de sources administratives et statistiques, notamment : le registre des entreprises ; les comptes annuels des sociétés et associations ; les déclarations TVA ; les déclarations à l'ONSS et à l'ONSSAPL (Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales) ; les déclarations à l'impôt des personnes physiques pour les indépendants et les professions libérales ; l'enquête sur la structure des entreprises ; les rapports annuels de certaines grandes institutions (par exemple, la Croix-Rouge, Médecins sans frontières) ; la comptabilité hospitalière détaillée (Finhosta).

Les comptes nationaux s'appuient sur un registre aussi complet que possible des unités de production, classées par branche d'activité à l'aide du code NACE.

Dans le domaine des soins de santé, la distinction entre les sociétés et les prestataires de soins indépendants est importante. Pour les prestataires de soins exerçant par l'intermédiaire d'une société, on utilise principalement les comptes annuels, les données de sécurité sociale et d'autres sources administratives. Pour les prestataires de soins indépendants, l'impôt des personnes physiques constitue une source importante, car les activités (para)médicales sont généralement exonérées de TVA.

Les hôpitaux (et les maisons de repos et de soins) sont considérés dans les comptes nationaux comme des producteurs marchands, même lorsqu'ils ont juridiquement un statut public ou à but non lucratif. Finhosta est utilisé pour estimer la production de services hospitaliers et l'affecter aux produits concernés.

Estimation des importations, des exportations, des taxes et des subventions

Le SUT inclut les importations, les exportations, les taxes et les subventions sur les produits. Pour les services de santé, les importations et les exportations sont généralement limitées, mais elles peuvent se produire lorsque des non-résidents reçoivent des soins en Belgique ou que des résidents belges consomment des soins à l'étranger. L'estimation s'appuie principalement sur la balance des paiements, en utilisant les données de l'INAMI ainsi que celles relatives aux cartes de crédit et de débit pour les dépenses de santé. Les informations concernant les taxes et les subventions sur les produits du SUT proviennent principalement des comptes publics.

Estimation de la consommation intermédiaire

Une partie des biens et services de santé sert d'intrant dans la production d'autres biens et services, par exemple la médecine du travail, certains services de laboratoire ou l'imagerie diagnostique. Cette consommation intermédiaire est estimée sur la base de l'enquête sur la structure des entreprises et, pour les hôpitaux, via Finhosta.

Estimation de la formation de capital

En principe, la formation de capital ne joue aucun rôle pour les biens et services de santé. Ceux-ci sont consommés au moment de leur achat ou de leur livraison et ne sont donc pas comptabilisés comme un investissement ou un bien d'équipement.

Estimation de la consommation finale : administrations publiques et ménages

Du côté de la consommation, la consommation finale est ventilée par secteur institutionnel : ménages, administrations publiques et institutions sans but lucratif au service des ménages. En matière de soins de santé, seuls les administrations publiques et les ménages sont concernés.

La consommation finale des administrations publiques comprend les soins utilisés par les ménages, mais financés par les administrations publiques ou la sécurité sociale. Dans le domaine des soins de santé, il s'agit principalement des remboursements et des interventions de l'assurance maladie obligatoire. L'INAMI constitue la source centrale de données à cet égard. Des tables de conversion permettent de relier les dépenses de l'INAMI aux produits SUT pertinents.

La consommation finale des ménages comprend la part que les ménages paient eux-mêmes. Ces dépenses ne sont généralement pas observées directement, mais calculées comme un résidu au sein du SUT :

Consommation finale des ménages = Offre − consommation intermédiaire − exportations − consommation finale des administrations publiques

Cette méthode des *flux* de produits garantit que l'estimation des paiements directs effectués par les ménages reste cohérente par rapport à l'offre totale et l'utilisation par produit. Elle est appliquée au secteur des soins de santé, car il existe souvent des informations fiables sur la production et les remboursements par les pouvoirs publics, tandis que la part payée par les ménages est moins facilement observable directement. La qualité de l'estimation dépend donc de la qualité de toutes les autres composantes du SUT.

Enfin, les estimations par produit SUT peuvent être converties, à l'aide d'un tableau de conversion, en catégories COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose)*, la classification standard utilisée pour la déclaration de la consommation finale des ménages par groupe de produits.

Révision en 2024

En 2024, conformément aux recommandations d'Eurostat, la Belgique a procédé à une révision méthodologique des comptes nationaux pour la période 2009-2023.[3, 6] Ces révisions ont lieu tous les cinq ans et visent à améliorer la qualité des statistiques. À la suite de cette révision, les données publiées précédemment pour les années antérieures ont également été ajustées afin que l'ensemble de la série chronologique soit cohérent avec la nouvelle méthodologie.

En ce qui concerne la consommation finale des ménages, la nouvelle classification COICOP 2018 a notamment été mise en place, l'enquête sur le budget des ménages 2022 a été intégrée et les méthodes d'estimation relatives au commerce électronique et aux dépenses transfrontalières ont été révisées. Des ajustements méthodologiques ont également été apportés pour certains services, notamment les soins de santé, les assurances et les services financiers.

La nouvelle classification COICOP ne modifie pas le niveau global de la consommation des ménages, mais bien sa répartition entre les différentes catégories de consommation. L'intégration de l'enquête sur le budget des ménages de 2022 et de nouvelles sources de données, telles que les données relatives aux cartes de paiement, a par ailleurs conduit à une révision du niveau de consommation à partir de 2011.

12.4.3 EXEMPLE ILLUSTRATIF

Nous pouvons illustrer cette méthode à l'aide des soins ambulatoires.[3] La production est d'abord estimée par branche d'activité, puis affectée aux produits SUT. Il s'agit notamment des cabinets médicaux généraux et spécialisés (NACE 86.21 et 86.22), des cabinets dentaires (NACE 86.23) et des autres services de santé humaine (NACE 86.9).

Les sources utilisées dépendent de la forme juridique du prestataire de soins. Pour les prestataires de soins constitués en société, la production est estimée sur la base des comptes annuels ou, le cas échéant, extrapolée à partir des salaires. Pour les prestataires de soins indépendants non constitués en société, on utilise les déclarations d'impôt des personnes physiques. Ces données n'étant disponibles qu'avec un certain retard, les années les plus récentes sont extrapolées à partir de l'évolution observée chez les prestataires de soins constitués en société et de l'évolution des remboursements effectués par les pouvoirs publics.

La production est attribuée à des produits SUT tels que les services des médecins généralistes et des spécialistes (86B01), les cabinets dentaires (86C01), les laboratoires médicaux, les banques de sang et l'imagerie diagnostique (86D01), ainsi que les soins infirmiers, la kinésithérapie et les autres services de santé liés à l'humain (86D02). Les soins ambulatoires dispensés dans les hôpitaux sont identifiés et ajoutés via Finhosta.

Les autres composantes du SUT sont ensuite déterminées. La consommation intermédiaire, par exemple la médecine du travail ou les services de laboratoire utilisés par d'autres producteurs, est estimée sur la base de l'enquête sur la structure des entreprises. Les importations et les exportations sont limitées et sont reprises à partir de la balance des paiements. Les impôts nets sont disponibles via les comptes des administrations publiques.

La consommation finale des administrations publiques est assimilée aux remboursements de l'assurance maladie obligatoire. Ces dépenses de l'INAMI sont affectées aux produits SUT concernés. La consommation finale des ménages est ensuite calculée comme un résidu et comprend la part des soins ambulatoires qui est finalement imputée aux ménages, à savoir les tickets modérateurs, les suppléments et les prestations non remboursées.

12.5 Corrections par le SPF Sécurité sociale

L'objectif de la méthodologie SCS est d'aboutir à une estimation de la « consommation finale de biens et services de santé et de soins de longue durée ». La consommation de biens et de services qui ne comportent pas de composante sanitaire directe doit donc être exclue, même s'ils sont éventuellement fournis par des prestataires appartenant aux secteurs de la santé.

Au sein du SPF Sécurité sociale, ces chiffres sont ensuite traités et corrigés afin d'obtenir des comptes de la santé plus précis. À cette fin : (1) les dépenses personnelles pour les soins non médicaux sont exclues ; (2) les prestations et remboursements qui n'ont pas été pris en compte par l'ICN sont ajoutés ; et (3) les dépenses manquantes dans les chiffres de l'ICN sont ajoutées.

12.5.1 SUPPRESSION DES DÉPENSES PERSONNELLES POUR LES SOINS NON MÉDICAUX

Cela concerne notamment :

a) Les soins non médicaux dans les hôpitaux, par exemple le parking, la cafétéria, etc. On utilise ici les données comptables de Finhosta[7] (sur la base des comptes « produits exceptionnels »).

b) Les soins non médicaux dans les pharmacies publiques, par exemple les produits de soins ou de beauté. Ce calcul s'appuie sur les données de Pharma.be. Cette organisation dispose de données de vente des pharmacies concernant tant les médicaments sur ordonnance que ceux en vente libre, calculées toutefois sur la base du prix de vente recommandé, tandis que les données de l'ICN se fondent sur le chiffre d'affaires réel des pharmacies. La différence entre les chiffres de l'ICN et ces données de vente est ensuite interprétée comme de la consommation non médicale. Aujourd'hui, la différence entre les chiffres de Pharma.be et ceux de l'ICN est toutefois limitée. Cela suggère que les dépenses liées à la consommation non médicale sont peut-être sous-estimées. Une explication possible réside dans les remises accordées sur le prix de vente recommandé des médicaments en vente libre. Une autre question qui reste à examiner est de savoir si les canaux de distribution tels que Medipharma sont considérés comme des pharmacies dans les comptes nationaux, ou non.

c) Soins non médicaux dans les maisons de repos et de soins, par exemple coiffeur, animations. Ce poste est estimé à 10 % des dépenses sur la base des chiffres historiques des maisons de repos wallonnes. Cette réduction est appliquée au total des dépenses.

d) Composante sociale des maisons de repos et de soins, par exemple les résidents dont le niveau de dépendance est insuffisant, mais qui résident néanmoins dans une maison de repos. Les données proviennent des hôpitaux flamands sur la base de l'échelle de Katz. Les résidents classés O ou A selon l'échelle de Katz sont considérés comme ne présentant pas un niveau de dépendance suffisamment élevé pour être pris en compte dans les dépenses de santé. Cette clé de répartition s'applique également au total des dépenses (y compris à Bruxelles, en Wallonie et dans la Communauté germanophone, même si la composition de la population de patients peut y être différente) et concerne environ 10 % des dépenses.

Pour d'autres sous-secteurs, des corrections semblables ne peuvent être effectuées en raison d'un manque de données disponibles.

12.5.2 CORRECTION RELATIVE AUX PRESTATIONS ET AUX REMBOURSEMENTS DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

L'ICN ne tient pas compte de certaines prestations directement liées aux soins de santé, ni des remboursements effectués dans le cadre d'une assurance complémentaire. Ceux-ci doivent toutefois être déduits des dépenses personnelles des patients.

Il n'est toutefois pas clair dans quelle mesure ces prestations et remboursements issus de l'assurance complémentaire peuvent être attribués aux trois composantes des dépenses personnelles du patient. Il est donc difficile d'estimer avec précision l'ampleur exacte de chacune de ces composantes. Prenons l'exemple de l'INAMI. Les dépenses (y compris les tickets modérateurs) sont réparties en environ 1 500 codes, tandis que les remboursements effectués par l'assurance complémentaire ne peuvent pas être directement rattachés à ces codes. Ce calcul s'effectue aujourd'hui à l'aide de clés de répartition calculées sur la base des tickets modérateurs, mais cela entraîne une distorsion, notamment parce qu'il n'est pas tenu compte des prestations médicales non remboursées par l'assurance maladie, qui sont pourtant importantes dans certains secteurs.

Les corrections suivantes sont apportées aux résultats de l'ICN :

a) Remboursements par l'assurance complémentaire (via les mutuelles et les assureurs privés) : les données d'Assuralia et du Service de contrôle des mutuelles sont utilisées à cet effet. Ces montants sont affectés selon une clé de répartition basée sur les tickets modérateurs disponibles auprès de l'INAMI : 80 % pour les dépenses hospitalières, 10 % pour les soins médicaux ambulatoires et 10 % pour les soins dentaires ambulatoires, après quoi ils sont « répartis » selon une clé de répartition basée sur le groupe de prestations correspondant de l'INAMI (frais de participation).

b) Allocations de congé de soins de l'ONEM : celles-ci sont affectées aux soins de longue durée.

c) Prestations de la Protection sociale flamande et de ses homologues francophones relatives à l'aide aux personnes âgées. Celles-ci sont également affectées aux soins de longue durée.

d) Dépenses liées aux accidents du travail, sur la base des données de Fedris.

12.5.3 DÉPENSES PERSONNELLES À CHARGE DES PATIENTS

Les dépenses liées aux lunettes/lentilles de contact et aux appareils auditifs ne sont pas incluses dans les dépenses de consommation finales de santé figurant dans les comptes nationaux. Ces dépenses sont intégrées dans les chiffres relatifs au commerce de détail et ne sont pas identifiables séparément.

À titre d'alternative, une estimation des dépenses personnelles des patients est réalisée sur la base des remboursements pour ces dispositifs médicaux enregistrés par l'INAMI.

12.6 Quelques chiffres sur les dépenses totales et les dépenses personnelles

Tableau 1 présente, pour 2024, les dépenses selon la classification SCS, ventilées par prestataire et par régime de financement (voir le chapitre 12.3). Sur la base des données issues des comptes nationaux et après prise en compte des corrections apportées par le SPF Sécurité sociale, la part des dépenses personnelles des patients dans les dépenses totales de santé et de soins de longue durée s'élève à 21,8 %.

Tableau 2 présente un aperçu des corrections appliquées par le SPF Sécurité sociale (voir la section 12.5), illustrées à l'aide de montants concrets. La plupart des données transmises par l'ICN au SPF Sécurité sociale ne sont pas accessibles au public et n'ont donc pas pu être publiées dans la présente note.

Pour le décideur politique, il est essentiel de bien cerner l'ampleur des trois composantes des dépenses personnelles du patient – tickets modérateurs, suppléments et soins non assurés – afin d'évaluer correctement l'accessibilité des soins. En effet, lorsque les différences dans les dépenses personnelles du patient s'expliquent principalement par les soins non assurés, cela peut être interprété différemment que lorsqu'elles résultent de tickets modérateurs ou de suppléments élevés dans le cadre des soins assurés. Sur la base de la méthode de calcul et des chiffres décrits ci-dessus, il est toutefois impossible à l'heure actuelle de déterminer de manière fiable et séparément l'ampleur des tickets modérateurs, des suppléments et/ou des soins non assurés.

Tableau 1 – Dépenses totales et dépenses personnelles des patients pour les soins de santé et les soins de longue durée (en millions d'euros) (2024)

Prestataire	Mode de financement			
	HF.1 Pouvoirs publics et sécurité sociale obligatoire	HF.2 Assurances privées	HF.3 Dépenses personnelles	Total
HP.1 Hôpitaux	20 261,574	1 874,405	1 434,300	23 570,279
HP.2 Établissements résidentiels de soins de longue durée	7 104,265	0,119	2 355,387	9 459,771
HP.3 Prestataires de soins ambulatoires	15 672,724	568,152	7 251,352	23 492,227
HP.4 Prestataires de services d'accompagnement	917 149	92 575	1 259,300	2 269,024
HP.5 Commerce de détail et autres fournisseurs de matériel médical	4 256,990	3 ,718	2 653,240	6 913,948
HP.6 Prestataires de soins de santé préventifs	374 069	78 421	/	452 489
HP.7 Prestataires de services de gestion et de financement du système de santé	1 773,114	700 701	/	2 473,815
HP.8 Reste de l'économie	23 800	0,001		23 801
Total	50 383,685	3 318,091	**14 953,579**	**68 655,355**

Tableau 2 – Calcul dépenses personnelles (en millions d'euros €) (2024)

Étape de la section 4.2	Correction par le SPF Sécurité sociale	Montant de la correction
1.a : Hôpitaux et services assimilés	Soins non médicaux	-65,1
1.b : Médicaments	Écart entre les données de l'ICN et les ventes de médicaments par Pharma.be	-9,2
	Déduction des remboursements effectués par l'INAMI	-3 675,3
1.c : Services d'hébergement médicalisé et d'hébergement social par les maisons de repos et de soins	10 % de soins non médicaux	-476,3
1.d : Services d'hébergement médicalisé et d'hébergement social par les maisons de repos et de soins	Répartition du solde (= 4 763,4 – 476,3) entre les soins sociaux de longue durée et les soins de longue durée liés à la santé (78,2 %)	-934,8
2.a	Interventions de l'assurance complémentaire : assureurs privés	-1 227,5
	Interventions de l'assurance complémentaire : caisses d'assurance maladie	-1 219,7
	Prestations de l'assurance complémentaire : avantages extra-légaux de la SNCB	-26,9
2.b	Intervention ONEM	-80,5
2.c	Prestations de protection sociale	-1 186,21
2.d	Accidents du travail	*
3	Lunettes/lentilles de contact, appareils auditifs	*

** Aucune donnée détaillée n'a été reçue du SPF Sécurité sociale*

Références pour Annex IV

1.Gezondheidsrekeningen (SHA): verklarende nota (versie juni 2025) Available from: https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/nl/sz-in-kaart-brengen/sha/verklarende-nota-sha-nl.pdf

2. OECD, Eurostat, World Health Organization. A System of Health Accounts 2011. Revised edition. Paris: 2017. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/7985806/KS-05-19-103-EN-N.pdf/60aa44b0-2738-4c4d-be4b-48b6590be1b0?t=1491984661000

3. National Accounts Institute. Gross National Income. Methodological inventory; BELGIUM. ESA2010 – Version 2021 – reference year 2016. Available from: https://www.nbb.be/doc/dq/e_method/gni_methodological_inventory_belgium_esa_2010_version_october_2024.pdf

4. STATBEL. Huidhoudbudget [Web page]. Available from: https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/huishoudbudget

5. Eurostat. NACE [Web page]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/web/nace/overview

6. Nationale Bank van België. Methodologische herziening van de nationale rekeningen in 2024 [Web page]. Available from: https://www.nbb.be/nl/statistieken/nationaleregionale-rekeningen/methodologie/methodologische-herziening-van-de-national-0

7. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu. Finhosta: onmisbare inzamelingen voor Belgische ziekenhuizen [Web page]. Available from: https://www.health.belgium.be/nl/professionals/gezondheidsprofessionals/menselijke-gezondheid/organisatie-gezondheidszorg/organisatie-financiering-ziekenhuizen/finhosta

13 REFERENCES

Alami, Hassane, Pascale Lehoux, Fiona A. Miller, Sara E. Shaw, en Jean-Paul Fortin. 2023. “An urgent call for the environmental sustainability of health systems: A ‘sextuple aim’ to care for patients, costs, providers, population equity and the planet”. *The International Journal of Health Planning and Management* 38(2): 289-95. doi:10.1002/hpm.3616.

Al-Dhahir, Isra, Thomas Reijnders, Jasper S Faber, Rita J van den Berg-Emons, Veronica R Janssen, Roderik A Kraaijenhagen, Valentijn T Visch, Niels H Chavannes, en Andrea W M Evers. 2022. “The Barriers and Facilitators of eHealth-Based Lifestyle Intervention Programs for People With a Low Socioeconomic Status: Scoping Review”. *Journal of Medical Internet Research* 24(8): e34229. doi:10.2196/34229.

Archer, Jessica, Jessica Rogalsky, Emiliana Guerra, Ted Brown, en Luke Robinson. 2025. “The impact of healthcare funding on interprofessional collaboration and integrated service delivery in primary and allied healthcare: a scoping review”. *Journal of Interprofessional Care* 39(2): 296-313. doi:10.1080/13561820.2025.2452958.

Bates, Shona Marie, Jialing Lin, Luke N. Allen, Michael Wright, en Michael Kidd. 2025. “Can multidisciplinary teams improve the quality of primary care? A scoping review”. *eClinicalMedicine* 88: 103497. doi:10.1016/j.eclinm.2025.103497.

Baxter, Sally L., Lina Lander, Brian Clay, John Bell, Kristen Hansen, Amanda Walker, en Ming Tai-Seale. 2022. “Comparing the Use of DynaMed and UpToDate by Physician Trainees in Clinical Decision-Making: A Randomized Crossover Trial”. *Applied Clinical Informatics* 13(01): 139-47. doi:10.1055/s-0041-1742216.

Bradley-Ridout, Glyneva, Erica Nekolaichuk, Trevor Jamieson, Claire Jones, Natalie Morson, Rita Chuang, en Elena Springall. 2021. “UpToDate versus DynaMed: a cross-sectional study comparing the speed and accuracy of two point-of-care information tools”. *Journal of the Medical Library Association* 109(3). doi:10.5195/jmla.2021.1176.

Bruffaerts, R., Erik Bootsma, Mark Leys, Gwendolyn Portzky, Kris Van den Broeck, Gorik Kaesemans, Leontien Jansen, Rozemarijn Jeannin. 2024. *De mythes bevraagd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023.* Zorgnet Icuro.

Campbell, Jared M., Kandiah Umapathysivam, Yifan Xue, en Craig Lockwood. 2015. “Evidence-Based Practice Point-of-Care Resources: A Quantitative Evaluation of Quality, Rigor, and Content”. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 12(6): 313-27. doi:10.1111/wvn.12114.

Carron, Tania, Cloe Rawlinson, Chantal Arditi, Christine Cohidon, Quan Nha Hong, Pierre Pluye, Ingrid Gilles, en Isabelle Peytremann-Bridevaux. 2021. “An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness”. *International Journal of Integrated Care* 21(2). doi:10.5334/ijic.5588.

CHAIN, EuroHealthNet & Centre For Health Equity Analytics. 2025. *Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the health gap?* red. Brussels EuroHealthNet.

Coulter, Angela, Vikki A Entwistle, Abi Eccles, Sara Ryan, Sasha Shepperd, en Rafael Perera. 2015. “Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions”. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015(3). doi:10.1002/14651858.cd010523.pub2.

Cox, Malcolm, Patricia Cuff, Barbara Brandt, Scott Reeves, en Brenda Zierler. 2016. “Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes”. *Journal of Interprofessional Care* 30(1): 1-3. doi:10.3109/13561820.2015.1111052.

Damsin, Thomas, Gregory Canivet, Pauline Jacquemin, Laurence Seidel, Pierre Gillet, Didier Giet, en Arjen F. Nikkels. 2020. “Value of Teledermoscopy in Primary Health Care Centers: Preliminary Results of the TELESPOT Project in Belgium”. doi:10.6084/M9.FIGSHARE.12906749.

Damsin, Thomas, Gr?gory Canivet, Pauline Jacquemin, Laurence Seidel, Gilles Absil, Didier Giet, Pierre Gillet, en Arjen F. Nikkels. 2023. “Evaluation of a 3?year teledermoscopy project in primary healthcare centres in Belgium”. *JEADV Clinical Practice* 3(1): 160-68. doi:10.1002/jvc2.254.

Danhieux, Katrien. 2025. *Let’s get organized! Evaluating the implementation of Integrated Care for Chronic Diseases in Belgium*. Universiteit Antwerpen: PhD.

Das, Shukanto, Liz Grant, en David Fearon. 2025. “Mapping the global landscape of task shifting and sharing: trends, geographic disparities, and terminology from 1970 to 2022”. *Critical Public Health* 35(1). doi:10.1080/09581596.2025.2501495.

Das, Shukanto, Liz Grant, en David Weller. 2024. “Conceptualisation of the SHIFT–SHARE: A New Strategic Healthcare Implementation Framework for Task Shifting, Sharing and Resource Enhancement”. *Global Implementation Research and Applications* 4(4): 394-403. doi:10.1007/s43477-024-00132-8.

De Maeseneer, Jan, en Pauline Boeckxstaens. 2012. “James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity”. *British Journal of General Practice* 62(600): e522-24. doi:10.3399/bjgp12x652553.

Expertgroep in Opdracht van Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. 2025. *Voor de hervorming van het Belgisch ziekenhuislandschap*.

Fønss Rasmussen, Lisa, Louise Bang Grode, Jeppe Lange, Ishay Barat, en Merete Gregersen. 2021. “Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review”. *BMJ Open* 11(1): e040057. doi:10.1136/bmjopen-2020-040057.

Frederix, Ines, Enrico G Caiani, Paul Dendale, Stefan Anker, Jeroen Bax, Alan B?hm, Martin Cowie, e.a. 2019. “ESC e-Cardiology Working Group Position Paper: Overcoming challenges in digital health implementation in cardiovascular medicine”. *European Journal of Preventive Cardiology* 26(11): 1166-77. doi:10.1177/2047487319832394.

Frenk, Julio, Lincoln Chen, Zulfiqar A Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, e.a. 2010. “Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world”. *The Lancet* 376(9756): 1923-58. doi:10.1016/s0140-6736(10)61854-5.

Glass, T. A, C. M. de Leon, R. A Marottoli, en L. F Berkman. 1999. “Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans”. *BMJ* 319(7208): 478-83. doi:10.1136/bmj.319.7208.478.

Graverholt, Birgitte, Louise Forsetlund, en Gro Jamtvedt. 2014. “Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review”. *BMC Health Services Research* 14(1). doi:10.1186/1472-6963-14-36.

Groenewegen, Peter P., Ilmo Keskimäki, en Alastair H. Leyland. 2026. SpringerBriefs in Public Health *Health Systems, Health Services and Inequality in Population Health*. Springer Nature Switzerland. doi:10.1007/978-3-032-02565-4.

Groenvynck, Lindsay, Bram de Boer, Jan P.H. Hamers, Theo van Achterberg, Erik van Rossum, en Hilde Verbeek. 2021. “Toward a Partnership in the Transition from Home to a Nursing Home: The

TRANSCIT Model". *Journal of the American Medical Directors Association* 22(2): 351-56. doi:10.1016/j.jamda.2020.09.041.

Groenvynck, Lindsay, Amal Fakha, Bram de Boer, Jan P H Hamers, Theo van Achterberg, Erik van Rossum, en Hilde Verbeek. 2021. "Interventions to Improve the Transition From Home to a Nursing Home: A Scoping Review" red. Patricia C Heyn. *The Gerontologist* 62(7): e369-83. doi:10.1093/geront/gnab036.

Grudniewicz, Agnes, Carolyn Steele Gray, Pauline Boeckxstaens, Jan De Maeseneer, en James Mold. 2023. "Operationalizing the Chronic Care Model with Goal-Oriented Care". *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research* 16(6): 569-78. doi:10.1007/s40271-023-00645-8.

Interuniversity Consortium Epidemiology. 2025. *Oral Health Data Registration & Examination Sirvey Among the Belgian Population 2023-2024*. Commissioned by RIZIV/INAMI.

IPEC, Interprofessional Education Collaborative. 2023. *IPEC Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice (Version 3)*.

Kaufman, Brystana G., B. Steven Spivack, Sally C. Stearns, Paula H. Song, en Emily C. O'Brien. 2017. "Impact of Accountable Care Organizations on Utilization, Care, and Outcomes: A Systematic Review". *Medical Care Research and Review* 76(3): 255-90. doi:10.1177/1077558717745916.

Kemp, Lynn. 2019. "Translational Research: Bridging the Chasm Between New Knowledge and Useful Knowledge". In *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*, Springer Singapore, 367-89. doi:10.1007/978-981-10-5251-4_72.

Kips, Julie, Jo Lambert, Katia Ongenae, An De Sutter, en Evelien Verhaeghe. 2019. "Teledermatology in Belgium: a pilot study". *Acta Clinica Belgica* 75(2): 116-22. doi:10.1080/17843286.2018.1561812.

Kraun, Lotan, Theo van Achterberg, Ellen Vlaeyen, Bram Fret, Sarah Marie Briké, Moriah Ellen, en Kristel De Vliegher. 2023. "Transitional care decision-making through the eyes of older people and informal caregivers: An in-depth interview-based study". *Health Expectations* 26(3): 1266-75. doi:10.1111/hex.13743.

Kraun, Lotan, Kristel De Vliegher, Elise Keldermans, Moriah E Ellen, en Theo van Achterberg. 2024. "Capturing Potential Interventions for the Empowerment of Older People and Informal Caregivers in Transitional Care Decision-Making: A Qualitative Study Using Focus Groups". *Journal of Advanced Nursing* 81(5): 2644-56. doi:10.1111/jan.16510.

Kwag, Koren Hyogene, Marien González-Lorenzo, Rita Banzi, Stefanos Bonovas, en Lorenzo Moja. 2016. "Providing Doctors With High-Quality Information: An Updated Evaluation of Web-Based Point-of-Care Information Summaries". *Journal of Medical Internet Research* 18(1): e15. doi:10.2196/jmir.5234.

Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Groote J, Schoonaert L, Vercruysse H, Vlaemynck M, Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede, en K, Benahmed. 2022. *Towards integrated care in Belgium: stakeholders' view on maturity and avenues for further development.* Brussels: Health Services Research (HSR): Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

Lambert, A.-S., Scholtes, B., Herbaux, D. & Macq, J. 2023. *Territorialisation et système social santé intégré : options pour le futur en Wallonie*. UCLouvain (IRSS) - Université de Liàge - ULB/PAOS.

Leese, Callum J., Hussain Al-Zubaidi, en Blair H. Smith. 2024. “Delivery of Interventions for Multiple Lifestyle Factors in Primary Healthcare Settings: A Narrative Review Addressing Strategies for Effective Implementation”. *Lifestyle Medicine* 5(3). doi:10.1002/lim2.110.

Lefèvre, Mélanie, Koen Van den Heede, en Carine Van de Voorde. 2026. “Impact of prospective payment systems: An umbrella review of systematic reviews”. *Health Policy* 165: 105552. doi:10.1016/j.healthpol.2025.105552.

Lenaerts, Gerlinde, Geertruida E Bekkering, Martine Goossens, Leen De Coninck, Nicolas Delvaux, Sam Cordyn, Jef Adriaenssens, en Patrick Vankrunkelsven. 2020. “Tools to Assess the Trustworthiness of Evidence-Based Point-of-Care Information for Health Care Professionals: Systematic Review”. *Journal of Medical Internet Research* 22(1): e15415. doi:10.2196/15415.

Leppin, Aaron L., Michael R. Gionfriddo, Maya Kessler, Juan Pablo Brito, Frances S. Mair, Katie Gallacher, Zhen Wang, e.a. 2014. “Preventing 30-Day Hospital Readmissions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials”. *JAMA Internal Medicine* 174(7): 1095. doi:10.1001/jamainternmed.2014.1608.

Maggio, Lauren A, Christopher A Aakre, Guilherme Del Fiol, Jane Shellum, en David A Cook. 2019. “Impact of Clinicians’ Use of Electronic Knowledge Resources on Clinical and Learning Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis”. *Journal of Medical Internet Research* 21(7): e13315. doi:10.2196/13315.

Marceau, Marlika, Sevan Dulgarian, Jacob Cambre, Pamela M Garabedian, Mary G Amato, Diane L Seger, Lynn A Volk, e.a. 2025. “Clinician Attitudes and Perceptions of Point-of-Care Information Resources and Their Integration Into Electronic Health Records: Qualitative Interview Study”. *JMIR Medical Informatics* 13: e60191. doi:10.2196/60191.

Mebrahtu, Teumzghi F, Sarah Skyrme, Rebecca Randell, Anne-Maree Keenan, Karen Bloor, Huiqin Yang, Deirdre Andre, e.a. 2021. “Effects of computerised clinical decision support systems (CDSS) on nursing and allied health professional performance and patient outcomes: a systematic review of experimental and observational studies”. *BMJ Open* 11(12): e053886. doi:10.1136/bmjopen-2021-053886.

Mulvale, Gillian, Mark Embrett, en Shaghayegh Donya Razavi. 2016. “‘Gearing Up’ to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework”. *BMC Family Practice* 17(1). doi:10.1186/s12875-016-0492-1.

OECD. 2025. *Does Healthcare Deliver? Results ftom the Patient Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. OECD Publishing, Paris.

Orkin, Aaron M., Sampreeth Rao, Jeyasakthi Venugopal, Natasha Kithulegoda, Pete Wegier, Stephen D. Ritchie, David VanderBurgh, e.a. 2021. “Conceptual framework for task shifting and task sharing: an international Delphi study”. *Human Resources for Health* 19(1). doi:10.1186/s12960-021-00605-z.

Paci, Matteo, Gianni Faedda, Alessandro Ugolini, en Leonardo Pellicciari. 2021. “Barriers to evidence-based practice implementation in physiotherapy: a systematic review and meta-analysis”. *International Journal for Quality in Health Care* 33(2). doi:10.1093/intqhc/mzab093.

Paier-Abuzahra, Muna, Nicole Posch, Klaus Jeitler, Thomas Semlitsch, Christina Radl-Karimi, Ulrike Spary-Kainz, Karl Horvath, en Andrea Siebenhofer. 2024. “Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews”. *Human Resources for Health* 22(1). doi:10.1186/s12960-024-00956-3.

Piessens, Veerle, Laura Rodriguez Benito, Serdar Öztora, Carlos Martins, en John Brandt Brodersen. 2025. “Seven ways to optimise prevention in general practice and family medicine - a EUROPREV position paper to spark debate on prevention”. *European Journal of General Practice* 31(1). doi:10.1080/13814788.2025.2531880.

Porter, Justin, Cynthia Boyd, M. Reza Skandari, en Neda Laiteerapong. 2022. “Revisiting the Time Needed to Provide Adult Primary Care”. *Journal of General Internal Medicine* 38(1): 147-55. doi:10.1007/s11606-022-07707-x.

Rawlinson, Cloe, Tania Carron, Christine Cohidon, Chantal Arditi, Quan Nha Hong, Pierre Pluye, Isabelle Peytremann-Bridevaux, en Ingrid Gilles. 2021. “An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators”. *International Journal of Integrated Care* 21(2): 32. doi:10.5334/ijic.5589.

Reindersma, Thomas, Sandra Sülz, Kees Ahaus, en Isabelle Fabbricotti. 2022. “The Effect of Network-Level Payment Models on Care Network Performance: A Scoping Review of the Empirical Literature”. *International Journal of Integrated Care* 22(0): 3. doi:10.5334/ijic.6002.

Scherpbier-de Haan, N. D., V. A. van Gelder, C. Van Weel, G. M. M. Vervoort, J. F. M. Wetzels, en W. J. C. de Grauw. 2013. “Initial Implementation of a Web-Based Consultation Process for Patients With Chronic Kidney Disease”. *The Annals of Family Medicine* 11(2): 151-56. doi:10.1370/afm.1494.

Schiøtz, Michaela L., Anders Stockmarr, Dorte Høst, Charlotte Glümer, en Anne Frølich. 2017. “Social disparities in the prevalence of multimorbidity – A register-based population study”. *BMC Public Health* 17(1). doi:10.1186/s12889-017-4314-8.

Sciensano. 2025. “For a Healthy Belgium”. https://www.healthybelgium.be.

Sempé, Lucas, Jenny Billings, en Peter Lloyd-Sherlock. 2019. “Multidisciplinary interventions for reducing the avoidable displacement from home of frail older people: a systematic review”. *BMJ Open* 9(11): e030687. doi:10.1136/bmjopen-2019-030687.

Sokol, Rebeccah, en Edwin Fisher. 2016. “Peer Support for the Hardly Reached: A Systematic Review”. *American Journal of Public Health* 106(7): e1-8. doi:10.2105/ajph.2016.303180.

Tange, Huibert, Zsolt Nagykaldi, en Jan De Maeseneer. 2017. “Towards an overarching model for electronic medical-record systems, including problem-oriented, goal-oriented, and other approaches”. *European Journal of General Practice* 23(1): 257-60. doi:10.1080/13814788.2017.1374367.

TOGETHER WE MAKE CHANGE HAPPEN! 2022. *Een toekomst voor de huisartsgeneeskunde in de eerstelijnszorg*.

Valentijn, P. 2016. “Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care”. *International Journal of Integrated Care* 16(2). doi:10.5334/ijic.2465.

Valentijn, P., Sanneke M. Schepman, Wilfrid Opheij, en Marc A. Bruijnzeels. 2013. “Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care”. *International Journal of Integrated Care* 13(1). doi:10.5334/ijic.886.

Van de Velde, Dominique, Dagje Boeykens, Vanessa Gauwe, Greet Steyaert, Liesbeth Ryssen, Mike Jarrey, Pauline Boeckxstaens, Peter Pype, en Patricia De Vriendt. 2025. “Goals should be defined as CLEVER before specifying them into SMART goals: A phenomenological

hermeneutical study to facilitate the implementation of goal-oriented care in primary care". *British Journal of Occupational Therapy* 88(6): 379-89. doi:10.1177/03080226241311683.

Wasserman, Rachel Leah, Diane L. Seger, Mary G. Amato, Zoe Co, Aqsa Mugal, Angela Rui, Pamela M. Garabedian, e.a. 2024. "Straight to the point: evaluation of a Point of Care Information (POCI) resource in answering disease-related questions". *Journal of the Medical Library Association* 112(1): 13-21. doi:10.5195/jmla.2024.1770.