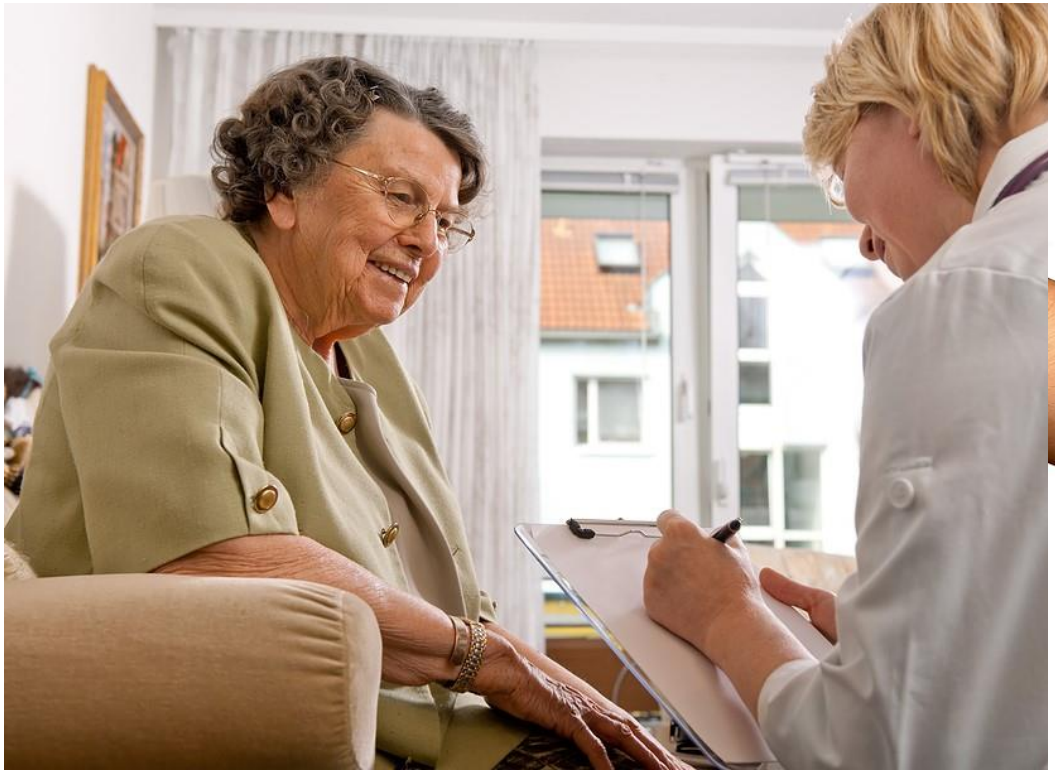
KCE REPORT 359Bs

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHÈSE

VERS DES SOINS (PLUS) INTÉGRÉS EN BELGIQUE



KCE REPORT 359Bs
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHÈSE

VERS DES SOINS (PLUS) INTÉGRÉS EN BELGIQUE

ANNE-SOPHIE LAMBERT, SUSANNE OP DE BEECK, DENIS HERBAUX, JEAN MACQ, PAULINE RAPPE, OLIVIER SCHMITZ, QUENTIN SCHOONVAERE, ANNA LUISA VAN INNIS, PHILIPPE VANDENBROECK, JESSE DE GROOTE, LIES SCHOONAERT, HELEN VERCRUYSSE, MARIEKE VLAEMYNCK, JOLYCE BOURGEOIS, MÉLANIE LEFÈVRE, KOEN VAN DEN HEEDE, NADIA BENAHMED

2024 www.kce.fgov.be

PRÉFACE

Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de maladies chroniques confrontent notre système de santé à des défis importants. Son organisation actuelle, fortement axée, par tradition, sur la gestion des pathologies aiguës, n'offre pas de réponse toute faite aux besoins de soins multidimensionnels qui vont souvent de pair avec les maladies chroniques. Les soins intégrés sont considérés par beaucoup comme une solution à la fragmentation des soins et comme un moyen de rendre le système de santé plus réactif à ces besoins complexes.

En 2012, le KCE a publié un position paper sur l'organisation des soins pour les malades chroniques dans notre pays. Ce document a servi de fondement à la vision commune des soins élaborée par tous les niveaux de pouvoir belges, qui a abouti au Plan conjoint en faveur des maladies chroniques. Différentes initiatives ont fait suite à ce Plan pour le mettre en œuvre et stimuler les soins intégrés dans notre pays, tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées.

Où en sommes-nous à présent, dix ans après la publication du *position paper* ? À la demande du ministre de la Santé publique, Frank Vandenbroucke, le KCE fait le point sur la maturité des soins intégrés en Belgique et identifie les actions possibles pour aller plus loin. Ce rapport résulte d'une étroite collaboration avec l'IRSS de l'UCL, shiftN, PAQS, Hict et Profacts, à qui nous adressons nos sincères remerciements pour leur contribution.

Pour la mesure de la maturité des soins intégrés, nous avons soumis l'outil Scirocco aux professionnels partout dans le pays. Nous avons sondé le vécu des patients et effectué des analyses ciblées de documents et de la littérature. Nous avons également eu de nombreux échanges avec les stakeholders et les experts pour identifier les obstacles et les facilitateurs et formuler des pistes d'action.

Dans un domaine aussi complexe, il est illusoire de penser que toutes les solutions pourraient être fournies en un seul rapport. Nous dégageons toutefois trois priorités pour les futures réformes. Un autre point apparaît aussi très clairement à travers tous nos contacts avec les stakeholders : c'est maintenant qu'il faut agir ! Il est clair que la route est encore longue, et qu'elle sera difficile et cahoteuse, mais c'est la voie à suivre pour construire un système de soins mieux adapté aux défis de demain.

Christophe Janssens
Directeur Général Adjoint a.i.

Marijke EYSSEN
Directeur Général a.i.

SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■ **PRÉFACE** **1**

■ **SYNTHÈSE** **2**

1. INTRODUCTION **4**

1.1. QU'EST-CE QUE LES "SOINS INTÉGRÉS" ? 4

1.2. LES SOINS INTÉGRÉS EN BELGIQUE 4

1.3. OBJECTIFS DE CETTE ÉTUDE 7

2. OBJECTIFS DE SOINS INTÉGRÉS MENTIONNÉS DANS LES DOCUMENTS POLITIQUES BELGES **9**

3. MATURITÉ DES SOINS INTÉGRÉS EN BELGIQUE **10**

3.1. ÉVALUATION DE LA MATURITÉ DES SOINS INTÉGRÉS PAR LES PROFESSIONNELS 11

3.2. ÉVALUATION DU VÉCU DES PATIENTS 12

4. PISTES D'ACTION PROPOSÉES PAR LES PROFESSIONNELS BELGES **13**

4.1. OBSTACLES ET FACILITATEURS 14

4.2. TROIS AXES FONDAMENTAUX 17

5. EN AVANT VERS DES SOINS PLUS INTÉGRÉS ! **18**

5.1. STRUCTURER LE CADRE POLITIQUE 19

5.2. DÉFINIR UNE APPROCHE TERRITORIALE 20

5.2.1. Choisir la taille du ou des territoire(s) 20

5.2.2. Intégrer les prestataires de soins et renforcer la 1e ligne 21

5.2.3. Organiser la gestion des données vers une approche populationnelle 22

5.3. REVOIR LE MODÈLE DE FINANCEMENT 23
5.3.1. Vers des modèles mixtes 23
5.3.2. Un déploiement progressif 24
5.3.3. Renforcement des soins de 1e ligne 25
5.3.4. Un investissement initial pour démarrer 25
6. CONCLUSION 25
■ RECOMMANDATIONS 28

1. INTRODUCTION

1.1. Qu'est-ce que les "soins intégrés" ?

Notre système de santé doit évoluer pour faire face aux défis du vieillissement de la population et de la prévalence croissante des maladies chroniques. L'organisation actuelle des soins, principalement axée sur les épisodes aigus, doit progressivement déplacer son centre de gravité sur le patient pris dans sa globalité. Les « soins intégrés » sont souvent considérés comme un moyen de réaliser cette transition.

Encadré 1 – Définitions des soins intégrés

« Des services de santé intégrés sont des services de santé gérés et fournis de manière à ce que les personnes reçoivent des soins selon un continuum qui va de la promotion de la santé, la prévention des maladies, au diagnostic, au traitement, à la gestion des maladies, à la réadaptation et aux soins palliatifs, avec une coordination entre les différents niveaux et lieux de soins, au sein et au-delà du secteur de la santé, et en fonction de leurs besoins tout au long de la vie. »[a]

Les soins intégrés sont définis par l'OMS comme « une approche visant à renforcer les systèmes de santé centrés sur les personnes par la promotion de la prestation globale de services de qualité tout au long de la vie, conçus en fonction des besoins multidimensionnels de la population et de l'individu et fournis par une équipe multidisciplinaire coordonnée de prestataires travaillant dans différents contextes et à différents niveaux de soins. Elle devrait être gérée efficacement pour garantir des résultats optimaux et une utilisation appropriée des ressources sur la base des meilleures données disponibles, avec des boucles de rétroaction, afin d'en améliorer continuellement la performance et de s'attaquer aux causes en amont de la mauvaise santé et de promouvoir le bien-être par des actions intersectorielles et multisectorielles »[b].

Le concept de soins intégrés est évolutif et comporte de multiples facettes, ce qui lui a valu d'être désigné par de nombreux termes plus ou moins équivalents, qui varient selon que l'on met l'accent sur l'une ou l'autre de ces facettes : soins coordonnés, soins collaboratifs, soins transmuraux, continuité des soins, soins centrés sur le patient, etc. Cette multiplicité des appellations, l'étendue du concept et l'imprécision qui en découle sont aussi des obstacles à la réalisation de recherches scientifiques sur le sujet et à la formulation de recommandations concrètes.

1.2. Les soins intégrés en Belgique

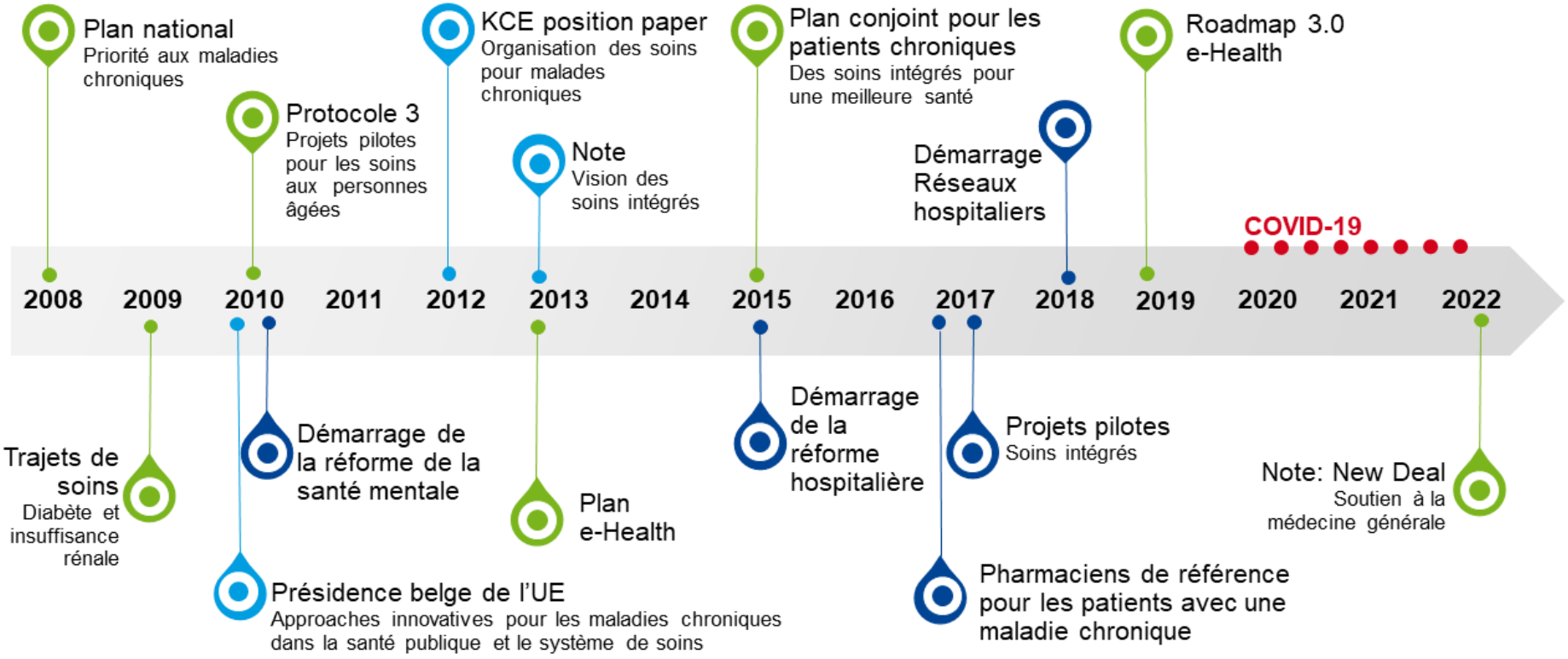
Les soins intégrés ont été inclus dans les principaux plans d'action belges en matière de santé depuis 2008, année du lancement du plan national pour les maladies chroniques. Au départ, il s'agissait surtout d'initiatives focalisées sur des patients atteints d'une seule maladie chronique (trajets de soins pour le diabète et l'insuffisance rénale chronique), de problèmes de santé mentale (projets article 107 cf Rapport KCE 318), ou de personnes âgées avec des besoins complexes liés à des pathologies chroniques (projets Protocole 3 cf Rapport KCE 299). Toutes ces initiatives avaient/ont des objectifs conformes au concept de soins intégrés : améliorer la collaboration multidisciplinaire, relier le secteur hospitalier aux soins ambulatoires et résidentiels, et se concentrer davantage sur les besoins du patient. Le concept d'organisation de soins dans une zone géographiquement définie, déjà présent lors de la mise en place des trajets de soins pour le diabète et l'insuffisance rénale, est devenu une condition préalable clairement formulée lors du lancement de la réforme des soins de santé mentale et des autres initiatives d'organisation des soins.

[a] Contandriapoulos A, Denis J, Touati N, Rodriguez C. The integration of health care: dimensions and implementation. Montréal: Université de Montréal; 2003 Working Paper N04–01

[b] WHO Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview. 2016. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf

La Figure 1 résume les principales étapes du développement des soins intégrés au niveau fédéral belge. Les initiatives prises au niveau des entités fédérées sont détaillées dans le chapitre 2 du rapport scientifique.

Figure 1 – Ligne du temps : le développement des soins intégrés au niveau fédéral belge



En 2010, dans la foulée de la présidence belge de l'UE et de la conférence « *Innovative Approaches for Chronic Illnesses in Public Health and Healthcare Systems* », le KCE a été invité à développer un *position paper* sur l'organisation des soins pour les malades chroniques. Ce *position paper* publié en 2012 comprenait 20 recommandations et 50 points d'action. En se basant notamment sur ce *position paper*, tous les niveaux de pouvoir se sont alors mis d'accord sur une vision commune des soins aux malades chroniques et ont lancé en 2015 un Plan conjoint « Des soins intégrés pour une meilleure santé » en faveur des personnes atteintes d'une maladie chronique.

Suite à ce Plan conjoint, douze projets pilotes sur les soins intégrés (six en Flandre, cinq en Wallonie et un à Bruxelles) ont été lancés en 2018 pour une période de 4 ans, afin de tester et de développer des initiatives renforçant les soins intégrés dans une zone géographique délimitée. L'évaluation intermédiaire des deux premières années par le consortium FAITH[c] concluait à des résultats prometteurs ; des évaluations annuelles de l'implémentation sont faites par la cellule inter-administrative[d]. Les projets pilotes de soins intégrés et les projets Protocole 3 sont actuellement en phase de transition en attendant d'une décision politique (plan interfédéral).

En 2014-15 intervenait la sixième réforme de l'État, qui a transféré un certain nombre de compétences en matière de soins de santé vers les entités fédérées. À cette époque, de nombreuses initiatives dans le domaine des soins intégrés ont été mises en place par les différents niveaux de pouvoir, parfois sans concertation, ce qui a pu générer une certaine confusion sur le terrain.

Depuis lors, d'autres réformes sectorielles importantes ont été lancées : la réforme du paysage hospitalier en 2015 et, en Flandre, celle des soins de 1e ligne en 2017. La première vise à renforcer la collaboration entre les hôpitaux en réorganisant l'offre de soins au niveau de réseaux locorégionaux, et à développer un financement plus transparent. Aujourd'hui, en 2022, il y a 23 réseaux hospitaliers locorégionaux constitués et agréés. La seconde réforme porte sur le développement de zones de soins de 1e ligne (*eerstelijnszones*) d'environ 75 000 à 125 000 habitants (en Flandre uniquement). Leur objectif est, entre autres, de renforcer et de simplifier l'organisation de la 1e ligne. Depuis 2020, il y a 60 *eerstelijnszones*, chacune dotée d'un conseil réunissant des représentants des secteurs de la santé et du social ainsi que des autorités locales et des bénéficiaires potentiels (patients et aidants proches). Plus récemment, une démarche participative avec les représentants des patients et les professionnels de l'aide et des soins (Assises de la première ligne ou Proxisanté) a été initiée par le gouvernement wallon pour repenser l'organisation de la 1e ligne afin d'assurer un continuum de soins cohérent selon une approche territoriale basée sur les besoins. La région de Bruxelles Capitale se dirige également vers une approche territoriale par zones. Enfin, la Communauté germanophone (Ostbelgien) a lancé une étude incluant des consultations de stakeholders et une analyse de la consommation des soins, également en vue de stimuler une politique de soins plus intégrés.

Par ailleurs, le rôle des acteurs des soins intégrés commence à se définir plus précisément, comme le pharmacien référent en 2017 ou le New Deal pour la médecine générale en 2022 (voir plus loin).

Au fil du temps, la vision des soins intégrés dans notre pays a évolué, passant du concept de groupes cibles délimités à une approche de « santé populationnelle » (*population health system*), qui met également l'accent sur la prévention, les déterminants de santé et l'équité en matière de santé.

---

[c] Consortium regroupant des chercheurs de 7 universités belges: Lambert A, Declercq A, Flusin D, Bastiaens D, de Almeida Mello J, Lopez Hartmann M, et al. Protocole 3: Rapport de synthèse intégré . UCL/KUL/U-Antwerpen; 2017. Available from: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_scientifique_protocole3_05.pdf. / Lambert A, Declercq A, Flusin D, Bastiaens D, de Almeida Mello J, Lopez Hartmann M, et al. Protocol 3: Geïntegreerd samenvattend rapport. UCL/KUL/U-Antwerpen; 2017. Available from: https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/Geintegreerd_P3_NL_2017.08.07.pdf.

[d] La cellule inter-administrative rassemble des représentants du Service Public Fédéral Santé Publique et de l'Institut National d'Assurance Maladie - Invalidité (INAMI).

C'est pourquoi l'utilisation explicite du « *Quintuple Aim* » a été introduite en 2021 (voir Encadré 2).

Encadré 2 – Le « Quintuple Aim » de l'amélioration des soins de santé

En 2007 l'*Institute of Health Improvement* américain (www.ihi.org) a formulé le concept du « *Triple Aim of Health Care* » ou triple objectif à poursuivre pour l'amélioration des soins de santé. En Belgique, ce triple objectif (amélioration de l'expérience des patients, meilleurs résultats de santé et moindres coûts) a été transposé dans le plan conjoint pour les maladies chroniques. Ce cadre a ensuite été adapté pour intégrer les notions d'équité et de bien-être des professionnels (voir figure). La littérature internationale se réfère volontiers au *Quintuple Aim* lors de l'élaboration de nouvelles politiques d'organisation des soins.

1.3. Objectifs de cette étude

Cette étude, demandée par le ministre fédéral de la Santé et des Affaires sociales, a pour objectif d'évaluer, d'une part, la maturité des soins intégrés en Belgique, telle qu'elle est perçue par différents stakeholders (professionnels des soins et du social/gestionnaires d'institutions de soins/décideurs politiques) et, d'autre part, l'expérience des patients. Elle vise aussi à identifier les points d'action à mettre en œuvre pour la poursuite de la mise en œuvre des soins intégrés. Elle est en grande partie axée sur ce qui peut être fait au niveau politique pour améliorer les soins intégrés en Belgique.

Les questions de recherche ainsi que les différentes méthodes/étapes de l'étude sont résumées dans le Tableau 1. Toutes les méthodes utilisées sont décrites en détail dans les chapitres correspondants du rapport scientifique en anglais.

Tableau 1 – Résumé des questions de recherche et des méthodes utilisées

Question de recherche	Principales méthodes mises en œuvre	Chapitre correspondant du rapport scientifique
1. Quels sont les objectifs de soins intégrés mentionnés dans les documents de politique gouvernementale belges ?	Analyse qualitative des documents politiques publiés entre 2012 et septembre 2021	2
2. a. Quelle est la perception des professionnels sur l'état actuel/la maturité des soins intégrés en Belgique ? b. Quel est le vécu des soins par les patients ?	Professionnels : enquête en ligne sur la maturité du système (12 dimensions de l'instrument SCIROCCO) et sur la réalisation des objectifs politiques Patients : enquête en ligne sur l'expérience des soins (instrument PACIC)	3
3. Sur la base des obstacles et des facilitateurs rencontrés par les professionnels belges, quelles sont les actions proposées pour poursuivre le développement et la mise en œuvre des soins intégrés ?	Groupes de discussion structurés (6 en Flandre, 6 en Wallonie et 4 à Bruxelles) avec des professionnels	4
4. Quel est le principal obstacle à la mise en œuvre des soins intégrés identifié par les professionnels ? Comment cet obstacle principal est-il abordé dans la littérature internationale ?	Revue rapide de la littérature sur le point identifié comme obstacle principal mis en perspective avec les opinions de professionnels (résultats de l'enquête en ligne auprès des professionnels – voir question de recherche 2)	5
5. Quelles sont, d'après un groupe d'experts belges, les actions prioritaires pour poursuivre le développement et la mise en œuvre des soins intégrés en Belgique ?	Groupes de discussion structurés avec des experts belges	6

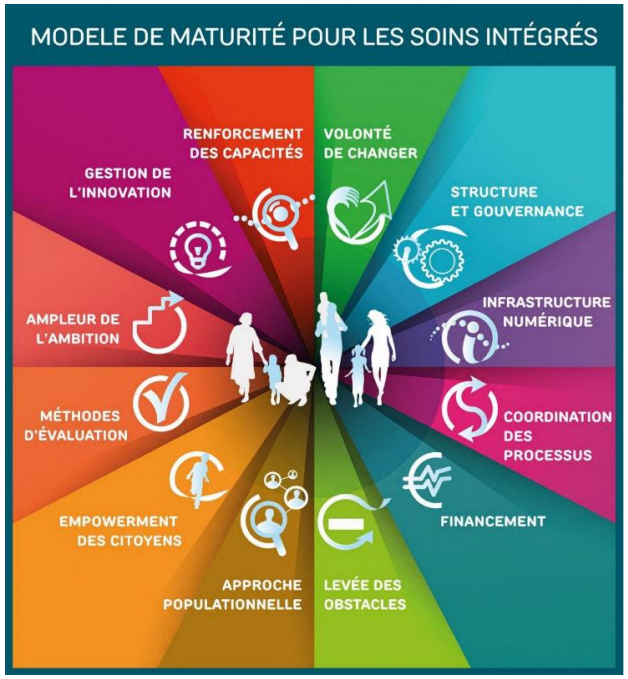
En nous basant sur une définition large des soins intégrés, nous avons souhaité consulter le champ le plus large possible de professionnels, c'est-à-dire les professionnels de la santé, en ce compris de la santé mentale, de la réadaptation, du secteur social et de l'aide aux personnes, ainsi que les acteurs des soins informels, les chercheurs, les coordinateurs de projets pilotes, les organisations de patients, etc. Néanmoins, malgré cet effort en vue de réunir une large variété de profils professionnels, il faut noter que les participants n'étaient pas nécessairement représentatifs de tous les secteurs concernés et qu'il n'est pas exclu que certaines opinions n'aient pas été exprimées.

Le plus grand nombre de professionnels a été atteint dans l'évaluation de la maturité (question de recherche 2a), qui était un échantillon de convenance. Les groupes de discussion (question de recherche 3) ont été menés avec un sous-échantillon de l'échantillon pour l'évaluation de la maturité. Pour la consultation d'experts (question de recherche 5), il s'agissait d'experts invités, choisis sur la base de leurs connaissances sur les aspects organisationnels des soins et des soins intégrés, ainsi que pour leur vision globale du système de soins dénuée d'intérêts particuliers.

L'échantillon de patients (question 2b) était constitué de patients atteints d'affections chroniques qui avaient eu un contact avec au moins 2 professionnels au cours des 12 derniers mois. L'enquête en ligne a été diffusée le plus largement possible par les associations de patients et les mutualités.

L'outil de référence choisi pour mesurer la maturité des soins intégrés est l'outil SCIROCCO, validé et largement utilisé au niveau international. Cet outil, qui sert également à structurer les résultats de cette étude, comporte 12 dimensions, illustrées dans la Figure 2.

Figure 2 – Les 12 dimensions de l'outil SCIROCCO



Source : https://www.sciroccoexchange.com/uploads/SCIROCCO-Exchange-Translated-Maturity-Model-French-V1.0.pdf

2. OBJECTIFS DES SOINS INTÉGRÉS MENTIONNÉS DANS LES DOCUMENTS POLITIQUES BELGES

La première partie de l'étude a consisté à examiner le corpus de documents politiques publiés entre 2012 et septembre 2021 par le pouvoir fédéral et les entités fédérées, afin d'identifier les **objectifs** qui y sont mentionnés en lien avec les soins intégrés. En effet, c'est notamment sur l'atteinte de ces objectifs que les stakeholders ont ensuite été invités à se prononcer lors de la phase d'enquête (voir chapitre 3).

Notre recherche a identifié 120 documents politiques, dont 45 ont été sélectionnés comme documents-clés pour une analyse plus approfondie[e]. Ces 45 documents mentionnaient des objectifs politiques couvrant les 12 dimensions de l'outil SCIROCCO nécessaires à la transition vers des soins intégrés. On peut donc en conclure que la volonté politique d'évoluer vers une intégration des soins est bien présente à tous les niveaux de pouvoir.

La 6e réforme de l'État en 2014 a toutefois entraîné une nouvelle répartition des compétences, avec certains secteurs placés sous la responsabilité de plusieurs autorités. Par conséquent, le besoin de collaboration et de plans conjoints dans lesquels il y a accord sur des objectifs communs a augmenté (p. ex. le Plan conjoint sur les soins intégrés déjà cité (2015), le plan de réforme hospitalière (2015), la feuille de route eHealth (2019)). Ces plans conjoints, souvent initiés par le niveau fédéral, en accord/collaboration avec les entités fédérées, ont eu un impact majeur sur d'autres développements politiques.

Globalement, malgré la répartition des compétences, ces documents laissent apparaître une certaine **cohérence entre les politiques du niveau fédéral et des entités fédérées**. Toutes s'accordent sur la **nécessité d'intégration des soins**, considérée comme la voie à suivre pour faire face à la charge sociétale croissante que représentent la gestion des maladies chroniques et le vieillissement de la population. On observe une certaine cohérence dans de nombreux objectifs dont notamment ceux visant à stimuler la continuité des soins, à accroître la collaboration entre le secteur de la santé et le secteur social, et à renforcer les soins de 1e ligne.

Il existe cependant des différences entre les entités fédérées dans la mise en œuvre de la politique, c'est-à-dire dans la manière d'atteindre ces objectifs communs (par exemple, en définissant des territoires pour établir des réseaux, ou en simplifiant la structure de gouvernance). L'utilisation explicite du concept de soins intégrés, associé au « *Quintuple Aim* », est davantage présente dans les documents politiques fédéraux et flamands, bien que des objectifs liés aux soins intégrés soient identifiés dans toutes les entités fédérées.

---

[e] Les 45 documents sont détaillés dans le chapitre 2 du rapport scientifique, ainsi que la liste des objectifs identifiés.

3. MATURITÉ DES SOINS INTÉGRÉS EN BELGIQUE

3.1. Évaluation de la maturité des soins intégrés par les professionnels

L'évaluation de la perception de la maturité des soins intégrés par les professionnels de la santé et, dans une moindre mesure, du secteur social a été effectuée à l'aide de l'outil SCIROCCO via une enquête en ligne. L'échantillon comportait 865 professionnels dont la plupart (70%) travaillaient au niveau de l'interaction avec le patient/bénéficiaire (les autres profils étant des décideurs politiques, des chercheurs, des fonctions exécutives, etc.). Plus de 70% avaient plus de 10 ans d'expérience professionnelle. Il y avait une bonne distribution des répondants entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles.

Figure 3 – Évaluation de la maturité de soins intégrés en Belgique selon les 12 dimensions de l'outil SCIROCCO

La ligne bleue représente le score médian pour chaque dimension placée sur une échelle allant de 0 à 5, où un score élevé traduit une grande maturité ou un niveau élevé de préparation au changement. La taille des points orange est proportionnelle au nombre de réponses.

De façon très synthétique, les professionnels interrogés estiment que les soins intégrés n'en sont qu'à leurs balbutiements en Belgique, avec un degré de maturité globalement évalué comme « faible » :

- Parmi les 12 dimensions de l'outil SCIROCCO, trois sont perçues comme légèrement plus matures (score médian de 2 sur une échelle de 0 à 5). Il s'agit des dimensions « Approche populationnelle de la santé », « Coordination des processus » et « Méthodes d'évaluation ». Pour toutes les autres dimensions, le score médian était de 1 (voir Figure 3).
- On observe peu de différences régionales, avec des scores uniformément bas partout. Les répondants flamands ont évalué les dimensions « Préparation au changement », « Structure et gouvernance » et « Renforcement des capacités » comme légèrement plus matures que les répondants de Wallonie et de Bruxelles. Les répondants wallons ont, quant à eux, attribué une note légèrement plus élevée à la dimension « Infrastructure numérique ».
- Les professionnels interrogés ont également attribué une note faible pour l'atteinte des objectifs issus de l'analyse des documents politiques (voir chapitre 2 ci-dessus). Les objectifs pour lesquels plus de 30 % des répondants ont indiqué que « rien n'avait été fait » sont les suivants : « Assurer le recrutement nécessaire de professionnels de la santé », « Renforcer l'autogestion ou l'autonomisation de la personne grâce à de nouveaux modèles de financement », « Simplifier, intégrer et améliorer l'efficacité des organisations et des structures » et « Développer des synergies entre les niveaux fédéral et régional ».

Le principal obstacle à la poursuite de la mise en œuvre des soins intégrés en Belgique identifié par les stakeholders est le **financement du système de soins** ; il fait donc l'objet d'une revue de littérature qui se trouve au chapitre 5 du rapport scientifique (voir 4e question de recherche).

Il est à noter que, malgré une validation (internationale) de l'outil SCIROCCO, certaines dimensions ou questions n'étaient pas claires pour un nombre non négligeable de répondants. Une autre limite est qu'il n'est pas certain que l'échantillon était représentatif – même si plus de 800 professionnels ont pris part à l'enquête. L'interprétation de ces résultats doit toutefois être faite avec prudence. Les détails de cette enquête en ligne ainsi que l'analyse complète des résultats et de leurs limites se trouvent dans le chapitre 3 du rapport scientifique.

3.2. Évaluation du vécu des patients

Les initiatives mises en place en vue d'améliorer l'intégration des soins se situent le plus souvent au niveau professionnel et organisationnel. Comme mentionné dans le *Quintuple Aim*, il convient d'en mesurer l'impact sur l'amélioration de l'expérience du patient.

L'expérience des patients (PREM)[f] en matière de soins intégrés a été évaluée à l'aide de l'outil *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC), développé pour évaluer dans quelle mesure les patients atteints de maladies chroniques reçoivent des soins conformes au *Chronic Care Model.* Le questionnaire comporte 20 questions décrivant 5 dimensions de ce modèle : (1) l'empowerment du patient, (2) le système de prestation et la conception de la pratique, (3) l'établissement d'objectifs et la personnalisation des soins, (4) la résolution de problèmes et prise en compte du contexte, (5) le suivi du patient. La collecte de données a été réalisée via une enquête en ligne. L'échantillon comportait 1 298 patients déclarant être atteints d'une maladie chronique et ayant eu des contacts avec au moins deux professionnels de soins au cours de la dernière année.

[f] Un PREM (*Patient Reported Experience Measure* ou mesure d'expériences rapportées par le patient) est un questionnaire qui s'adresse au patient et qui porte sur le vécu des soins reçus (p.ex. temps d'attente avant le premier rendez-vous, relation avec le médecin et les autres soignants, etc.).

Les résultats montrent que :

- Plus de 60 % des personnes interrogées ont déclaré qu'elles étaient, la plupart du temps ou toujours, satisfaites de l'organisation des soins.
- Sur les 20 items, 16 ont reçu une note faible, ce qui signifie qu'il s'agit de situations qui n'ont jamais (ou rarement) été expérimentées par les répondants. C'est notamment le cas des items relatifs à la communication avec les patients et à leur suivi au sein du système de soins. Ainsi, plus de la moitié des répondants n'ont (généralement) pas été interrogés sur leurs objectifs de santé. De plus, près de la moitié des participants n'ont (généralement) pas été interrogés sur leurs idées et leurs attentes lors de la rédaction de leur plan de soins, ou n'ont (généralement) pas reçu d'informations sur les options de traitement, ou n'ont (généralement) pas été interrogés sur les effets secondaires ou les incidents liés à leur médication. Plus de la moitié des répondants n'ont jamais été contactés après une visite chez le médecin pour demander comment ils allaient et la majorité d'entre eux disent n'avoir jamais ou parfois seulement été référés vers d'autres professionnels de la santé ou du secteur social.
- Néanmoins, la majorité des patients interrogés supposaient que les professionnels tenaient compte de leurs préférences lorsqu'ils leur recommandaient un traitement.
- Un nombre limité de facteurs confondants (âge, sexe, régime linguistique, qualité de vie liée à la santé…) a été analysé en association avec les variables sous étude. Certaines caractéristiques des répondants, non capturées dans le questionnaire, peuvent potentiellement influencer le score PACIC.

Nous sommes arrivés à la conclusion que, malgré un bon degré de satisfaction générale, les patients interrogés n'expérimentaient qu'à de rares occasions des soins conformes au *Chronic care model*. Cependant, les questions posées dans la dimension « suivi et coordination des soins » ne permettent pas d'évaluer l'intégration des soins de façon adéquate : en effet, il n'y a pas de questions clairement orientées sur la collaboration et la coordination entre prestataires de soins et entre secteurs, ni sur le lien entre la santé et le social, etc. Toutefois des outils prometteurs sont en cours de développement, comme le *Patient-Reported Indicator Survey* (PaRIS) développé par l'OCDE et l'outil de mesure de l'expérience des soins de 1e ligne par les patients, développés par la plateforme des organisations des patients flamande (*Vlaams Patiëntenplatform* - VPP).

Les détails de cette évaluation ainsi que l'analyse détaillée des résultats se trouvent dans le chapitre 3 du rapport scientifique.

4. PISTES D'ACTION PROPOSÉES PAR LES PROFESSIONNELS BELGES

Dans cette partie de l'étude, seize groupes de discussion réunissant au total 140 professionnels des soins de santé et du secteur social ont été organisés pour recenser les obstacles et les facilitateurs à la poursuite du développement des soins intégrés. Ces obstacles et facilitateurs ont ensuite servi de base à l'identification de pistes d'action. La méthodologie de cette consultation, la composition des groupes de discussion ainsi que l'analyse détaillée des résultats se trouvent au chapitre 4 du rapport scientifique.

Il semble important de souligner ici le haut niveau de participation et la dynamique très positive dans les groupes de discussion traduisant une réelle volonté commune de s'engager dans la transition vers un système de santé intégré. Nous sommes donc en présence d'une véritable fenêtre d'opportunité.

4.1. Obstacles et facilitateurs

La méthodologie de cette consultation s'est structurée autour des 12 dimensions de l'outil SCIROCCO[g]. Parmi les facilitateurs, on peut citer : le développement d'une vision à long terme pour les soins intégrés, le soutien de réseaux physiques et virtuels entre les prestataires, le développement de l'eHealth et de la collecte de données, et l'implication des prestataires et des patients dans la mise en place de soins intégrés. Les principaux obstacles identifiés sont : le manque de coordination de la vision des soins intégrés entre les entités fédérales et fédérées, le manque de données permettant de soutenir les soins intégrés, le manque de cadre législatif réglementant la gouvernance, l'inadéquation du système de paiement des prestataires à l'acte pour permettre le développement de prises en charge multidisciplinaires, le manque de ressources humaines qualifiées pour la mise en œuvre des soins intégrés et la résistance au changement. Le Tableau 2 donne un aperçu (non exhaustif) de la variété de ces obstacles et facilitateurs (voir section 4.3.2. du rapport scientifique).

[g] La catégorisation en obstacles et facilitateurs dépend de l'interprétation des répondants et est donc quelque peu arbitraire. Ainsi, un obstacle peut être considéré comme un facilitateur et vice versa selon la manière dont il est exprimé. Par ailleurs, les catégories ne sont pas mutuellement exclusives : un facilitateur ou un obstacle peut appartenir à plusieurs dimensions.

Tableau 2 – Exemples de facilitateurs et d'obstacles classés selon les dimensions de l'outil SCIROCCO

Dimensions	Facilitateurs	Obstacles
Ampleur des ambitions	Approche *bottom up*, cartographie des différentes initiatives relatives à la collaboration, soins de proximité, financement de la coordination des soins au niveau du patient, ouverture de la nouvelle génération de prestataires de soins à la collaboration et aux nouvelles formes de soins...	Pénurie de personnel, manque de collaborations et de connaissance mutuelle, soins trop axés sur l'offre, financement inapproprié, codes de nomenclature actuels qui freinent les actions innovantes, manque de connectivité entre les prestataires de soins de 1e ligne, absence de trajectoires de soins transmuraux entre la 1e et la 2e ligne...
Approche populationnelle	Volonté politique au niveau régional et fédéral, expérience de l'organisation de la vaccination COVID-19, initiatives récentes pour développer des tableaux de bord, nouvelle fonction de "gestionnaire de population" (personne qui suit la collecte des données et les analyse), réseau apprenant, équipes de proximité réunissant des prestataires des soins et du secteur social, bases de données disponibles...	Manque de données récentes, peu de données de proximité, méconnaissance du concept d'approche populationnelle, non-identification de la population à risque, pas de personnel spécifiquement formé, manque de financement, Règlement général sur la Protection des Données (RGPD), responsabilités peu claires, procédure trop rigide d'obtention du consentement du patient...
Empowerment des citoyens	Participation des patients à la formation de base et à la formation continue, communication transparente avec le patient, gestionnaires de cas (*case managers*), implication des associations de patients dans les processus décisionnels, accès du patient à son dossier médical, promotion des soins axés sur les objectifs auprès de tous les professionnels, formations à l'e-santé pour améliorer la littératie en santé numérique...	Faiblesse de la littératie en santé dans la population, nécessité d'un changement d'attitude/culture chez les soignants et les patients, fracture numérique, paysage des soins de santé peu clair pour les patients, manque de communication adaptée, manque de temps des professionnels, difficultés accrues pour les plus vulnérables, manque d'incitation des soignants à promouvoir l'autonomie, culture top-down...
Structure & gouvernance	Initiatives *bottom up*, volonté de participation à la réflexion des stakeholders, plan de gestion du changement, suivi du financement et des résultats, harmonisation géographique des territoires, implication d'experts du vécu, projets pilotes pour tester les nouvelles structures de gouvernance...	Répartition de compétences entre les entités fédérale et fédérées, complexité constitutionnelle de la Région de Bruxelles Capitale, peur/résistance des organisations au changement, vision peu claire des politiques, peur de perdre les financements...
Infrastructure digitale	Possibilité de partage des données démontrée par de nombreux projets, volonté du terrain de partager les données, consultations multidisciplinaires en ligne, feuille de route e-health, accélération des collaborations en ligne depuis le COVID-19...	Nombreux systèmes d'enregistrement des données de soins incompatibles entre eux, absence de dossier numérique unique, absence de normes, fragmentation des compétences, RGPD, conservatisme et corporatisme du secteur, manque d'accès aux outils, aucun système adapté aux soins intégrés, faible culture numérique...
Coordination	Moments d'intervision et de formation, guidelines laissant une marge d'adaptation au contexte, développement de	Intérêts contradictoires des prestataires de soins, connaissance insuffisante du concept de soins intégrés sur le terrain, absence d'un

Dimensions	Facilitateurs	Obstacles
	synergies entre la 1e ligne et l'hôpital, co-création du processus avec les stakeholders, rémunération du temps de coordination, renforcement du travail multidisciplinaire, groupe de travail sur la collaboration multidisciplinaire en 1e ligne...	système de partage d'informations interopérable, définitions encore floues, manque de cohérence entre les projets fédéraux et régionaux, soins axés sur les tâches à réaliser plutôt que sur les objectifs à atteindre, initiatives trop nombreuses et sans coordination, temps insuffisant pour les consultations et la coordination des soins...
Financement	Budget pluriannuel de l'INAMI : vision à long terme et attention portée aux soins intégrés et aux soins de santé mentale, co-construction des indicateurs de suivi, prolongation du délai d'introduction des demandes de subventions pour le développement des soins intégrés, rétribution de la qualité, financement des projets de soins intégrés, trajectoires de soins, financement basé sur la population, *bundled payment*...	Manque de vision à long terme, manque d'alignement entre les niveaux politiques, budgets limités, initiation de la nouvelle réforme de la nomenclature, difficulté de tester différentes méthodes de financement, lourdeur administrative pour débloquer les fonds, financement et organisation des professionnels de la santé à des niveaux de pouvoir différents, financement non structurel, déséquilibre entre l'hôpital et la 1e ligne, faible soutien aux zones de soins de 1e ligne...
Disposition au changement	Nouveau plan interfédéral pour les soins intégrés, partage des pratiques prometteuses, écoute et réponse aux craintes des professionnels, volonté politique, actions de sensibilisation, investissement dans la formation et l'éducation...	Nécessité de sensibiliser les patients, volonté de changement limitée, communication insuffisante sur les avantages pour les patients et les professionnels, peur de l'inconnu, système hiérarchique, influence des circuits de lobbying sur les politiques élaborées, temps important nécessaire au changement, nécessité d'investir sans réaliser d'économies au début...
Suppression des freins	Pairs aidants, dossiers électroniques des patients, soutien du réseau, coaching, facilitateurs de changement, investissement dans une communication claire, diffusion d'informations via des bulletins, partage de bonnes pratiques, benchmarking comme incitation à apprendre les uns des autres, présence d'une personne responsable des soins intégrés au sein de l'hôpital, suppression des barrières entre les disciplines...	Collaboration interdisciplinaire rendue impossible par de nombreux obstacles juridiques obligeant à fonctionner dans une zone juridique grise, réforme de l'État, nécessité d'une vision méso/macro et du système global qui n'est que peu enseignée dans la formation des prestataires de soins, budget insuffisant obligeant à embaucher des personnes trop jeunes ou peu compétentes...
Méthodes d'évaluation	Initiatives d'évaluation au niveau des projets, organisation d'enquêtes auprès des patients, travail axé sur des objectifs de santé spécifiquement définis, participation des patients à toutes les phases de l'évaluation, évaluation du processus accompagnée d'une évaluation des résultats...	Méthodes d'évaluation souvent complexes et fragmentées, peu ou pas de communication entre les différents acteurs, nombreuses actions ne pouvant pas être évaluées, manque d'attention à l'évaluation au début des projets, lenteur du retour sur investissement, manque de temps, peur du jugement des pairs…
Gestion de l'innovation	*Health in all policies*, réussites à l'étranger prises comme modèles, utilisation croissante des outils numériques depuis	Trop de petits projets au lieu d'une vision et d'un plan d'avenir, pas de place pour l'expérimentation dans la législation, barrières juridiques entre les différentes professions de soins, manque de

Dimensions	Facilitateurs	Obstacles
	le COVID, intervision entre les projets pilotes, partage des connaissances et bonnes pratiques...	tableaux de bord permettant une auto-évaluation correcte, concurrence entre réseaux...
Renforcement des capacités	Offre de formations interdisciplinaires, motivation de certains professionnels, co-création des parcours de soins, formation continue...	Manque de compétences en matière de multiculturalisme et de santé mentale, formation insuffisamment adaptée au travail de terrain, manque d'accent sur les soins transmuraux dans la formation, risque de créer trop de nouvelles fonctions, absence de vision trans-sectorielle...

À partir de l'identification des obstacles et facilitateurs, **555 pistes d'action** ont été proposées, puis regroupées en 11 clusters :

- Activer le patient en tant que moteur des soins intégrés
- Renforcer les compétences et les capacités des professionnels en matière de soins intégrés
- Définir et consolider la gouvernance, les rôles et les responsabilités
- Développer une approche populationnelle
- Développer une vision pour l'ICT et construire une plateforme pour le changement
- Faciliter la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle au niveau micro/méso
- Améliorer l'accès aux données et leur circulation ; structurer la communication
- Améliorer et rationaliser la prise de décision au niveau macro
- Favoriser une culture d'évaluation et d'orientation vers la qualité
- Restructurer le financement des soins intégrés
- Renforcer la plateforme d'apprentissage et d'innovation

4.2. Trois axes fondamentaux

Les pistes d'action évoquées ont le mérite d'aborder largement les différents aspects d'un système de soins intégrés et d'en offrir une vision presque complète. Elles manquent toutefois de précision ou ne sont pas décrites de manière suffisamment concrète pour être mises en œuvre. Ce n'est guère surprenant, étant donné que la mise en œuvre de soins intégrés nécessite une transition systémique dont les cadres organisationnels, légaux et financiers en sont encore aux premiers stades de développement. Il semble également dérisoire de vouloir mener à bien toutes ces pistes d'action en même temps. Il sera donc nécessaire de proposer un phasage, un parcours de transition.

Afin de clarifier les actions à entreprendre et les priorités à établir, nous avons complété notre approche par une consultation d'experts. Nous avons sélectionné des personnes détenant déjà une certaine expertise dans les soins intégrés (p. ex. des coordinateurs de projets de soins intégrés) ou dans l'un des sujets spécifiques (p. ex. le financement, l'approche populationnelle, etc.). Ces participants ont été identifiés en fonction de leur expertise et non du secteur qu'ils représentent, et il a été veillé à ce qu'ils proviennent tant du niveau fédéral que de Bruxelles, de Flandre et de Wallonie. Au total, 82 experts ont participé à cette consultation. La méthodologie précise de ce recrutement et de cette consultation (World Cafés) est détaillée dans le chapitre 6 du rapport scientifique.

La consultation d'experts a permis de dégager **trois axes fondamentaux :**

1. Il est d'abord nécessaire de **définir un cadre clair au niveau macro** : il s'agit pour tous les niveaux de pouvoir de définir l'ampleur de l'ambition des soins intégrés c'est-à-dire de se mettre d'accord sur ce qu'ils vont changer/mettre en œuvre (qui est responsable, quels sont les objectifs, etc.) et quelles sont les priorités. En parallèle, ces mêmes autorités doivent créer les conditions pour permettre aux différents partenaires d'avancer dans la transition (p. ex. un cadre clair avec suffisamment de liberté pour s'adapter aux situations et besoins spécifiques sur le terrain). Un accord de collaboration interfédéral[h] permettrait de coordonner les différentes entités grâce à un cadre législatif définissant une structure de gouvernance dans un contexte de vision partagée des soins intégrés.

2. Un deuxième axe est la **nécessité d'une approche territoriale** avec des territoires définis de manière cohérente et chargés de :

   - soutenir le développement d'une approche populationnelle dans laquelle les prestataires/organisations de soins de santé sont responsables de l'organisation/de la fourniture de soins dans tout le continuum de soins pour une population définie ;
   - faciliter la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle ;
   - garantir la qualité des soins.

   À cette fin, il est nécessaire de mettre en place dans ces territoires des **structures de gouvernance** qui puissent régir les tâches susmentionnées. Ces structures doivent avoir accès à des tableaux de bord contenant des indicateurs décrivant la population concernée. Les rôles et responsabilités de chacun au sein des structures de gouvernance et vis-à-vis du patient doivent être clairement définis et connus de tous. Le développement de l'approche territoriale nécessite également de **renforcer et de soutenir la 1e ligne de soins**.

3. Le 3e axe essentiel est une **réforme du système de financement**. Idéalement, pour promouvoir la collaboration multidisciplinaire et les soins de santé fondés sur la valeur (*value-based healthcare*), le financement doit progressivement quitter un financement prédominant à l'acte pour tendre vers un modèle de financement mixte (le chapitre 5 du rapport scientifique est entièrement consacré à la réforme du système de financement). Cette réforme doit être précédée de recherches sur la faisabilité d'une augmentation de la part de paiements alternatifs dans le cadre d'un modèle de paiement mixte (voir 5.3.1). Selon les experts consultés, un investissement initial sera nécessaire pour pouvoir améliorer la collaboration multidisciplinaire et pour renforcer et structurer les professionnels des soins de 1e ligne.

Si ces principes généraux sont partagés par les experts, il reste plus difficile de s'accorder sur les modalités pratiques de mise en œuvre, au sujet desquelles les opinions varient largement, comme par exemple la taille nécessaire/souhaitable des territoires, ou la manière de mettre en œuvre une approche populationnelle avec ou sans implication sur le financement ou la liberté de choix des patients, etc. Mais certaines options ont néanmoins été proposées, qui méritent d'être approfondies.

---

[h] Par interfédéral, il faut entendre 'entre tous les niveaux de pouvoir', donc fédéraux et des entités fédérées, le terme ne se limitant pas uniquement à la collaboration entre les institutions fédérales

5. EN AVANT VERS DES SOINS PLUS INTÉGRÉS !

L'analyse des documents politiques réalisée au début de cette recherche montre que **les différents niveaux politiques de notre pays s'accordent largement sur les objectifs généraux des soins intégrés**, tels que la promotion des soins centrés sur la personne, le soutien de la continuité des soins, l'amélioration de la collaboration entre les professionnels et entre les secteurs, et le renforcement des soins de 1e ligne.

Durant nos rencontres successives avec les experts et stakeholders, de très nombreuses idées ont été suggérées pour développer davantage les soins intégrés, dont nous synthétisons les grands axes dans la suite de ce chapitre. Ce grand nombre est toutefois le signe qu'il faudra procéder par étapes, en débutant par une phase de préparation pour définir clairement le cadre de la transition et les priorités mises en avant. Cette phase préparatoire devrait se baser sur un premier tri pour identifier les initiatives réussies et les développer davantage.

Car des initiatives / réformes / projets pilotes, il y en a déjà eu beaucoup, mais sans réelle coordination globale. De nombreux professionnels – souvent les mêmes – sont régulièrement sollicités pour y participer, ce qui finit par générer chez eux du découragement et un sentiment d'incohérence. De plus, ces initiatives n'accordent généralement pas assez d'attention à l'évaluation, ce qui empêche d'en tirer réellement les enseignements. **Les connaissances et l'expérience sont donc disponibles, mais dispersées**. Par conséquent, il est grand temps de structurer la transition vers les soins intégrés et de créer un **cadre politique cohérent** autour de ces premiers pas en mettant en place les conditions nécessaires à cette transition.

L'optimisme peut donc être de mise, à condition qu'il soit réaliste et prudent. En effet, si les soins intégrés font l'objet de nombreuses recherches et évaluations dans la littérature internationale, certains auteurs mettent en évidence un certain **décalage entre les attentes qu'ils génèrent et leurs effets réels scientifiquement établis**. Ainsi, alors que certains effets positifs sur la qualité des soins sont démontrés, les effets positifs sur la consommation des soins ne sont probants que lorsque la population à risque est bien ciblée. Quant au travail multidisciplinaire, s'il suscite en général la satisfaction des professionnels, ceux-ci pointent néanmoins une augmentation de leur charge de travail due à des tâches non liées aux patients (réunions, tâches administratives). Par ailleurs, même si la multidisciplinarité modifie les relations entre professionnels, ce n'est pas au point d'entraîner de véritables changements dans les rôles et les hiérarchies. Les modèles traditionnels de domination médicale dans les équipes de soins de santé et de services sociaux persistent donc malgré le développement de dynamiques d'équipe participatives.

Enfin, soulignons d'emblée qu'il existe peu de preuves que les soins intégrés permettent de réduire les coûts directs ou indirects.

5.1. Structurer le cadre politique

Les soins intégrés sont un terme générique ; ils touchent de nombreux secteurs (soins de 1e ligne, soins hospitaliers, réadaptation, soins palliatifs, soins pharmaceutiques, mais aussi soins sociaux, aide à la personne, etc.) qui ont souvent leurs propres plans politiques et réformes en cours, ce qui accentue encore leur complexité.

Malgré l'existence (depuis 2015) d'une vision commune des entités fédérales et fédérées et d'un plan conjoint sur le sujet, les stakeholders ont exprimé le sentiment d'être un peu perdus : à quoi s'attendre dans les années à venir ? Qui est responsable de quoi ? Quelles sont les priorités ? D'où la demande d'un **accord interfédéral commun** qui refléterait un véritable **engagement partagé** de tous les décideurs politiques du niveau fédéral et des entités fédérées. Cet accord permettrait de formaliser la vision des soins intégrés et de poser les bases de la concrétisation de cette vision sur le terrain.

La déclaration gouvernementale fédérale de septembre 2020 mentionnait déjà un **plan interfédéral pour des soins intégrés**. Un groupe de travail (*IKW Geintegreerde zorg – GTI soins intégrés*) a été réactivé, avec la participation de tous les cabinets et administrations concernés et, très récemment (juin 2022), la phase préparatoire a été lancée. Une première esquisse devrait être prête début 2024, qui pourrait évoluer vers un accord de collaboration officiel.

5.2. Définir une approche territoriale

5.2.1. Choisir la taille du ou des territoire(s)

Les stakeholders sont d'accord pour dire que la poursuite du développement des soins intégrés en Belgique doit se faire selon une **approche territoriale.** Cela aidera à clarifier la population bénéficiaire (approche populationnelle) et les partenaires avec lesquels collaborer. Néanmoins, les zones géographiques de soins actuelles ne sont pas encore établies pour l'ensemble du territoire (p. ex. les *eerstelijnszones* n'existent qu'en Flandre) et elles sont difficilement articulables entre elles (p. ex. *eerstelijnszones* vs réseaux hospitaliers vs réseaux de soins de santé mentale). Plus important encore, il n'y a pas de vision claire de la façon dont elles doivent collaborer/interagir les unes avec les autres.

Plusieurs questions doivent donc être résolues au niveau politique avant de pouvoir aller plus avant : comment aligner les approches territoriales déjà implémentées pour les soins de 1e et 2e lignes, les soins de santé mentale et les soins sociaux et d'aide à la personne ? Quels doivent être les rôles de ces territoires ? Quelle est la taille optimale d'un territoire ? Combien faut-il de niveaux territoriaux et pour quelle(s) affectation(s) précise(s) ? Quels sont les niveaux qui nécessitent une structure de gouvernance ? Faut-il privilégier l'approche de proximité dans des « bassins de vie » (5 000 à 10 000 habitants), ou la logique actuelle des *eerstelijnszones* telle qu'elle est mise en œuvre en Flandre (70 000 à 150 000 habitants), ou des zones plus grandes encore, comme celles couvertes par les réseaux hospitaliers locorégionaux ou les projets pilotes de soins intégrés (75 000 à 300 000 habitants) ? Aucune réponse claire et nette ne ressort de la recherche actuelle, chaque approche présentant ses propres avantages et inconvénients. Il sera donc probablement nécessaire de combiner plusieurs niveaux territoriaux.

Prenons l'approche de proximité axée sur les professionnels des soins de 1e ligne qui travaillent dans une équipe ou un réseau multidisciplinaire qui s'adresse au patient dans sa globalité indépendamment de sa pathologie. La petite taille du territoire de soins permet aux membres du réseau de nouer plus facilement des relations entre eux, d'être bien ancrés dans le contexte local et d'être facilement accessibles pour les patients. Mais si l'on souhaite mettre en place une approche populationnelle (organiser l'offre et attribuer le financement en fonction des caractéristiques de la population vivant dans la zone considérée), il est fort possible qu'un territoire de taille aussi limitée ne puisse pas offrir toute la gamme de soins allant de la prévention aux soins palliatifs. La petite taille du territoire peut donc être un obstacle à la liberté de choix des prestataires de soins par les patients. Un territoire de petite taille ne permet généralement pas non plus de réunir l'ensemble des compétence liées à la gestion des aspects financiers, de la population et des données, etc.

La taille du territoire doit donc être suffisamment petite pour créer et maintenir un lien de confiance entre patients et professionnels (et professionnels entre eux) et pour préserver l'ancrage dans les différents contextes, mais en même temps suffisamment grande pour pouvoir offrir une large palette de soins (dont des hôpitaux). Une échelle un peu plus grande pourrait être plus propice à l'organisation d'une collaboration intersectorielle et inter-organisationnelle, à la formation interprofessionnelle, à l'approche populationnelle et à l'installation éventuelle d'une structure de gouvernance aux compétences idéalement multiples, afin de piloter le processus de changement dans l'entièreté de la zone géographique concernée.

Une zone géographique plus étendue permet quant à elle de disposer de données populationnelles plus réalistes et de prévoir un ajustement au risque lors de l'attribution des moyens financiers. De même, dans la perspective d'une mise en œuvre de nouveaux modes de paiement (voir 5.3), il faut une échelle suffisamment grande pour réduire la variabilité des coûts (et l'incertitude quant à la capacité de les recouvrer). Les projets pilotes en soins intégrés déjà en place ont l'expérience de structures de gouvernance à un niveau méso, pour coordonner différentes actions, gérer les données et contrôler la qualité. Ces structures de gouvernance ont reçu un budget pour organiser l'administration et les stakeholders ont souligné que cela devait effectivement être rémunéré.
Des territoires vastes permettent aussi de s'aligner sur les territoires de soins de 2e ligne mais cela pourrait se faire au détriment de la qualité des interactions entre les membres du réseau.

Quel que soit le niveau choisi (ou les niveaux), il devra être doté d'une **structure de gouvernance** dont le rôle sera clairement défini, de même que les modalités de ses interactions avec les autres niveaux de soins. La structure de gouvernance devra être soutenue par des professionnels aux compétences spécifiques et par des outils numériques communs et partagés. Les stakeholders ont également souligné la nécessité de prévoir un budget pour rémunérer l'engagement et la participation aux activités. Ils ont toutefois mis en garde contre une multiplication des « couches » de gouvernance. Une coordination entre, notamment, les structures (existantes) de 1e ligne et les hôpitaux sera assurément nécessaire.

5.2.2. Intégrer les prestataires et renforcer la 1e ligne

Dans l'ensemble, l'organisation des prestataires de soins est jugée fragmentée, travaillant souvent en silos, sans réelle intégration entre les professions, les établissements de soins ou les secteurs. Il existe quelques initiatives qui stimulent la collaboration/l'intégration, comme par exemple les concertations multidisciplinaires, les conventions (au niveau fédéral ou des entités fédérées) ou les équipes de liaison gériatriques externes, mais ces initiatives sont limitées et spécifiques à certains types de patients. Il est nécessaire d'adopter plus systématiquement cette façon de travailler.

Un premier pas dans cette direction – et un signal très encourageant – est le choix de l'INAMI de réorienter, du moins en partie, sa planification budgétaire en fonction des objectifs de santé – et en s'éloignant de la planification budgétaire traditionnelle segmentée en secteurs (hôpital, soins de 1e ligne, santé mentale, etc.). S'y ajouteront de futures trajectoires de soins basées sur les priorités définies (obésité, diabète, soins périnataux, etc.). Cette approche restera donc provisoirement basée sur les pathologies, ce qui permet effectivement de définir plus clairement et plus concrètement les tâches, mais il faut cependant garder à l'esprit que les patients peuvent cumuler plusieurs types de pathologies (p. ex. diabète et problème psychiatrique associés à un COVID long…). Une autre étape importante est la révision de la loi sur les professions de santé, qui devrait permettre à l'avenir davantage de flexibilité dans l'attribution des tâches pour accroître la multidisciplinarité (p. ex. entre médecins généralistes et infirmiers, entre infirmiers à domicile et prestataires de services d'aide à la personne).

Certains stakeholders ont plaidé pour un **maillage multidisciplinaire de prestataires de soins** autour du patient, où les tâches et responsabilités de chaque intervenant sont clairement définies. La taille et la composition de ce maillage dépendront des besoins spécifiques du patient pris en charge, en y incluant un *case manager* pour les cas complexes. Ce maillage devrait idéalement inclure des acteurs de la santé préventive, somatique et mentale de 1e ligne, de 2e ligne (en ce compris le secteur hospitalier), ainsi que du secteur social et de l'aide à la personne, avec pour objectif d'assurer une transition harmonieuse entre les soins aïgus, post-aïgus, chroniques et les prises en charge sociales. Une telle évolution passe nécessairement par une structuration des soins de 1e ligne sur la base des territoires de soins définis (voir 5.2.1), par une description claire et transparente des besoins des patients, et par le développement des réseaux intersectoriels solides (soins de santé / services sociaux / aide aux personnes) au sein de la 1e ligne et entre les 1e et 2e lignes. Ceci pourrait être facilité par l'utilisation d'outils numériques communs, par exemple en facilitant l'accès des uns et des autres aux informations pertinentes, en rémunérant les temps de coordination, etc.

En ce qui concerne le **renforcement de la 1e ligne**, une première étape a été récemment franchie avec le lancement du New Deal pour la médecine générale. Ce New Deal prévoit de soutenir les médecins généralistes en veillant à leur bonne répartition géographique, en réduisant les formalités administratives, en améliorant l'accessibilité pour les patients, en mettant l'accent sur un modèle organisationnel permettant de prendre en charge davantage de personnes et en élaborant un nouveau modèle de financement mixte. Cependant, le New Deal se focalise sur la médecine générale sans définir clairement le rôle des autres prestataires de soins de 1e ligne et des travailleurs sociaux et de l'aide à la personne. Ceci est une opportunité à saisir pour miser davantage sur la multidisciplinarité et sur l'égalité entre les prestataires de soins autour et avec le patient.

Cartographier l'offre de prestataires disponibles, créer des occasions de se connaître, clarifier les rôles et fonctions, établir la confiance entre les partenaires et faciliter les échanges de données sont les éléments clés qui ont été identifiés afin de promouvoir la prise en charge multidisciplinaire des patients. Un autre aspect concerne la restructuration de la formation de base/formation continue des professionnels afin de développer les

capacités et compétences nécessaires aux soins intégrés (p. ex. en inculquant une culture de l'évaluation et de l'orientation qualité, en développant la maîtrise des données et du numérique, ou en approfondissant les compétences en matière de collaboration multidisciplinaire, d'approche de la population, de gestion du changement, de soins axés sur les objectifs, etc.). Les stakeholders ont également indiqué que le fait de soutenir l'organisation et le financement de réunions d'équipes multidisciplinaires et d'activités de coordination devrait faciliter la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle pendant l'interaction avec le patient.

5.2.3. Organiser la gestion des données vers une approche populationnelle

L'intégration des soins nécessite le développement d'une **approche populationnelle combinée à une approche centrée sur la personne**. Cela requiert des soins de 1e ligne forts (voir 5.2.2), capables d'accompagner les individus tout au long du cycle de vie et des parcours de soins reliant en toute transparence les différentes lignes de soins. Le tout doit se jouer au sein de territoires de soins clairement définis (voir 5.2.1) et s'accompagner d'une réforme du système de financement (voir 5.3). Enfin, les échanges de données doivent être organisés par-delà les frontières entre professions et entre secteurs, et doivent contribuer à une vision globale de la population concernée (p. ex. tableaux de bord, identification des populations à risque, etc.)

Les conditions préalables incontournables à la mise en place d'une telle approche territoriale et populationnelle sont la **disponibilité des données**, **l'interopérabilité des outils informatiques et l'engagement de personnel compétent en analyse de données**. De nombreuses initiatives sont déjà en cours mais les stakeholders soulignent l'existence d'obstacles techniques et légaux à surmonter tels que la confidentialité, la conformité au Règlement général sur la Protection des Données (RGPD), l'interopérabilité, etc. L'intégration des soins induit aussi un changement fondamental dans la finalité de l'utilisation des données : passer de leur exploitation à des fins de contrôle à leur utilisation comme facilitateurs du travail d'équipe et de l'approche proactive dans la démarche de soins.

Données sur l'offre de soins

Une **cartographie détaillée de l'offre de soins et des services d'aide à la personne** disponibles est un outil indispensable pour créer un réseau multidisciplinaire autour des patients. Elle permettra d'organiser le maillage multidisciplinaire autour du patient, mais aussi d'identifier les compétences manquantes dans le paysage des soins local. Ces données devraient être facilement accessibles via un **point d'accès unique**, tant pour les prestataires que pour les patients (p. ex. un site web comme desocialekaart.be en Flandre ou l'annuaire en ligne des professionnels de la santé de l'INAMI).

Données individuelles

Les stakeholders ont souligné à maintes reprises qu'un **dossier patient électronique multidisciplinaire unique** et une plateforme sécurisée pour l'échange et la communication des données sont des conditions préalables à la mise en place des soins intégrés. La feuille de route e-Health 3.0 approuvée en 2019 par la Conférence Interministérielle Santé Publique comportait des activités autour de l'échange d'informations et de la collaboration multidisciplinaire, de la généralisation du dossier électronique du patient et de l'accès des patients à leurs données. La possibilité de consulter le dossier électronique du patient à l'hôpital et dans les soins de 1e ligne est assurément un premier pas vers un tel échange de données, mais cela ne suffit pas pour créer un véritable dossier unique partagé du patient avec des partenaires (partiellement) autorisés à écrire/lire dans le dossier selon les rôles d'accès prédéfinis. Les partenaires à prendre en compte ne sont pas seulement les hôpitaux et les médecins généralistes, mais aussi les infirmiers, les pharmaciens, les paramédicaux, les travailleurs sociaux, les institutions de santé.

Les stakeholders ont aussi insisté sur **l'implication du patient** vis-à-vis des données collectées de son dossier médical (p. ex. ses objectifs personnels, les effets secondaires rencontrés, etc.). Cet aspect est également une préoccupation au niveau international, puisque la Commission européenne a lancé en mai 2022 l'*European Health Data Space for people and science* qui vise à donner à chaque citoyen les moyens de contrôler et d'utiliser ses données de santé dans son pays d'origine ou dans d'autres États membres. Les États membres devront élaborer un cadre pour leur utilisation à des fins

de recherche, d'innovation, d'élaboration de politiques et d'activités réglementaires, tout en garantissant le respect total du RGPD.

Données de population

Les stakeholders ont signalé qu'il est nécessaire de disposer de données de population afin de concevoir une offre locale de soins et de services basée sur une approche populationnelle, de permettre une gouvernance des soins intégrés sur une base territoriale, de soutenir la prise de décision (entre autres sur le financement) et d'être en mesure d'effectuer un suivi (disposer d'un **tableau de bord**, pouvoir construire et mesurer des **indicateurs de qualité**). Une réflexion est donc nécessaire pour définir les données individuelles pertinentes dans un contexte d'approche populationnelle et pour pouvoir établir, le cas échéant, un financement qui intègre l'ajustement au risque. Ce tableau de bord devrait offrir une granularité fine pour guider toutes les strates territoriales sur base d'indicateurs de processus, de résultats de santé mais aussi d'indicateurs épidémiologiques, d'offre (de prestataires) de soins, d'équité, d'accès et de satisfaction des professionnels et des patients. Certains indicateurs déjà existants (p. ex. mesurés par Sciensano, l'AIM, l'INAMI, le KCE, le SPF Santé Publique, VIKZ, PAQS, les observatoires de santé, les centres de recherche universitaires etc.) pourraient être utilisés dans un premier temps.

5.3. Revoir le modèle de financement

5.3.1. Vers des modèles mixtes

Le système de financement actuel, principalement basé sur le volume de prestations (paiement à l'acte), est considéré par les stakeholders comme l'un des principaux obstacles à l'intégration des soins. Ce constat est corroboré par la revue de la littérature internationale (détaillée dans le chapitre 5 du rapport scientifique). En effet, un financement à l'acte ne comporte pas suffisamment d'incitations à la collaboration et à la prévention, ce qui entrave l'adoption d'une approche multidisciplinaire partant de l'ensemble des besoins de la population plutôt que principalement du traitement des affections aiguës.

Il n'existe pas de référence (*gold standard*) ou de combinaison idéale pour le financement des soins intégrés mais il est conseillé de combiner des modes de paiements alternatifs au paiement basé sur le volume. Il convient d'inclure au moins un montant substantiel de paiements non directement lié aux prestations ainsi que des incitations explicites à la qualité. L'évolution vers un **modèle de financement fondé sur la valeur (*value-based*)** semble donc indiquée. Un tel modèle inclut une plus grande part de financements alternatifs, comme le paiement groupé (*bundled payment*), la rémunération à la performance (*pay-for-performance*), et d'autres formes de paiements forfaitaires, etc. Les récentes initiatives et réformes politiques vont déjà dans ce sens, en particulier la réforme du financement des hôpitaux, qui comprend des premiers pas vers des paiements groupés visant à renforcer la continuité des soins, à décourager les tests et examens redondants et à réduire la surconsommation.

Le paiement à l'acte a toutefois encore sa place dans le financement des prestataires de soins en Belgique ; en témoigne la réforme globale de la nomenclature actuellement en cours. Son objectif est de corriger les grandes différences de revenus entre les différentes disciplines médicales et d'instaurer un mode de détermination des honoraires plus transparent et standardisé. Mais elle prévoit également de nouvelles modalités de financement pour les réunions multidisciplinaires, les collaborations entre prestataires et, *in fine,* pour les soins intégrés. Ces différentes réformes sont encore en phase de démarrage et comportent de nombreuses inconnues, mais constituent une occasion idéale pour élaborer de nouveaux modes de financement. La littérature suggère plusieurs pistes :

- Au niveau micro, pour les prestataires individuels : sachant qu'aucune méthode de paiement des prestataires n'est parfaite ou ne répond à tous les besoins, la littérature internationale – ainsi que plusieurs recherches belges antérieures – suggère de s'éloigner d'une méthode unique (ou dominante) et de développer un système de paiement mixte, plus équilibré. La combinaison idéale de mécanismes de financement et les prestataires concernés ne sont pas clairement identifiés, car chaque pays/région doit les définir en fonction de ses objectifs, des ressources humaines et des systèmes de données disponibles. Cette combinaison idéale peut évoluer au fil du temps, à mesure que les prestataires s'adapteront et que les objectifs et les défis en matière de soins de santé évolueront.

- Au niveau méso, la littérature suggère de rendre progressivement les réseaux de soins locaux plus responsables de leur population (*population-based payments*) en installant des économies partagées (comme dans les *Accountable Care Organisations*[i]). Les projets pilotes de soins intégrés déploient déjà des efforts continus pour concevoir et optimiser les modèles de calcul afin de pouvoir introduire le concept d'économies partagées (*shared savings*) en Belgique.

Ces nouvelles réformes devront définir des objectifs clairs, être alignées sur les réformes en cours, inclure des détails de mise en œuvre et être bien planifiées avec des phases clairement définies.

5.3.2. Un déploiement progressif

Les stakeholders estiment que la réforme du financement ne doit pas être conçue et mise en œuvre simplement comme un objectif en soi, mais doit plutôt être envisagée dans le cadre d'une transformation plus large du système de soins de santé, une vision qui est soutenue dans la littérature. Il est souvent suggéré de commencer par conceptualiser la réorganisation du processus de soins (ce qui peut impliquer de regrouper les prestataires en équipes pluridisciplinaires et de garantir une transition et un continuum de soins entre les prestataires individuels et les équipes). Cette approche permet d'identifier plus précisément les lacunes et les ressources disponibles en termes de compétences des prestataires. Elle offre également la possibilité d'établir et de favoriser la confiance entre intervenants. La réforme financière apporte alors un soutien à l'implémentation de cette nouvelle organisation.

Il serait nécessaire de procéder en premier lieu à une transformation au niveau macro afin de mettre en place un soutien technique structurel incluant la disponibilité de données standardisées et la capacité de procéder à des ajustements au risque, une infrastructure légale, un personnel compétent en matière de gestion du changement, un soutien financier suffisant, etc. Ces réformes nécessitent également de développer une culture du changement et de la confiance, un engagement politique et une culture de l'amélioration continue.

La plupart des expériences citées dans la littérature en matière d'adaptation du financement pour promouvoir les soins intégrés soulignent la nécessité de déployer la réforme de façon progressive et suggèrent que les éléments du nouveau système de financement mixte soient **testés au préalable** au moyen de « **paiements virtuels** » (c'est-à-dire que le paiement classique serait accompagné d'une information sur la répartition des montants correspondants dans le nouveau système) avant de passer à des paiements prospectifs réels afin de définir la meilleure combinaison d'ensemble de prestations/population (*benefits package/population*). L'avantage de cette approche est qu'il n'y a ni gagnants ni perdants dans un premier temps, ce qui permet d'élaborer des modèles de financement plus innovants et plus efficaces à long terme. L'inconvénient est que cela prend beaucoup de temps et nécessite des ressources pour calculer deux systèmes de paiement parallèles.

Une autre possibilité serait la **participation volontaire des prestataires de soins** au nouveau système à des fins de test. L'avantage de ce système est qu'il peut être implémenté plus rapidement. Cependant, les volontaires ne sont pas représentatifs de l'ensemble des prestataires et rien ne garantit qu'un système adapté pour eux le soit pour l'ensemble des prestataires. À long terme, deux modèles risquent dès lors de perdurer en parallèle.

Une dernière option serait de consacrer une part du budget, pour l'ensemble des prestataires, à des **modèles de financement novateurs** basés sur des objectifs de santé. L'avantage serait ici de laisser une certaine autonomie dans l'organisation des soins mais sans pour autant provoquer de modifications majeures des montants perçus. En contrepartie, le risque est

[i] Le terme *Accountable Care Organisations* (ACO) fait référence, principalement, à des groupes de médecins, d'hôpitaux et autres prestataires de soins de santé qui se réunissent volontairement pour fournir des soins coordonnés à leurs patients dans le régime Medicare aux Etats-Unis. Une ACO est responsable de la qualité, du coût et de l'ensemble des soins dispensés à une population définie de bénéficiaires de Medicare. Par extension, le terme est également utilisé pour désigner des systèmes similaires dans d'autres pays.

que ce changement soit trop marginal pour effectivement entraîner un changement des comportements.

Par ailleurs, la littérature propose d'implémenter progressivement un modèle d'économies partagées (*shared savings*) à la hausse uniquement dans un premier temps (avec éventuellement un focus sur les *quick wins*), en introduisant ensuite un partage à la baisse, à mesure que les prestataires acquièrent de l'expérience (avec des économies partagées accrues). Outre le transfert progressif des risques aux prestataires, les mécanismes de paiement provenant de différents payeurs doivent être alignés pour réduire la charge administrative et rendre la participation plus attrayante pour les prestataires.

5.3.3. Renforcement des soins de 1e ligne

La littérature souligne que le champ d'application du paiement doit être étendu à l'ensemble du cycle de soins, mais la plupart des discussions entre stakeholders et entre experts se sont focalisées sur le renforcement des soins de 1e ligne (sans toutefois de définition spécifique des prestataires de soins à considérer comme faisant partie de cette 1e ligne). Ils ont suggéré de prévoir une base de paiement large et forte, qui permette une approche basée sur la personne (p. ex. un paiement *per capita*) et de la compléter par un paiement *value-based* (sur la base de paramètres prédéfinis) et par certaines formes de paiement pour la coordination (p. ex. un forfait). Ce dernier point a été souligné par les stakeholders comme un moyen d'encourager la collaboration et de développer la confiance entre les acteurs. Le renforcement des soins de 1e ligne n'exclut pas la nécessité de repenser également le financement des soins de 2e ligne dans une optique d'intégration des soins.

5.3.4. Un investissement initial pour démarrer

Les stakeholders ont souligné qu'il était nécessaire de consentir un investissement initial, car il faut du temps et des ressources pour élaborer les nouveaux concepts, les tester et instaurer la confiance entre les partenaires. Il faut également prévoir du personnel pour la gestion des données de santé (*population management*) et pour la mise en œuvre des dispositions financières nécessaires dans le cadre de cette gestion.

6. CONCLUSION

La maturité des soins intégrés en Belgique est perçue comme « faible » par les stakeholders qui ont été consultés dans le cadre de cette étude, et ce malgré une volonté politique claire de promouvoir ces soins, volonté démontrée par l'analyse des documents politiques. Les experts et stakeholders ont suggéré de nombreuses idées pour avancer dans cette transition. Bien qu'une orientation générale puisse en être dégagée, il est clair que **des choix politiques doivent maintenant être posés** pour déterminer les futures réformes nécessaires et pour fixer le degré d'intervention des autorités politiques dans les initiatives des secteurs de la santé et du social.

Les **points de convergence** qui ont émergé de la consultation de stakeholders et d'experts sont la préférence pour une **approche territoriale** soutenant une **offre de soins adaptée aux besoins spécifiques de la population** de chaque territoire (approche populationnelle) et le **renforcement de la 1e ligne de soins,** ainsi que la nécessité d'une **réforme progressive du système de financement**.

Il faut toutefois noter que les participants n'étaient pas nécessairement représentatifs de tous les secteurs concernés et qu'il n'est pas exclu que certaines opinions n'aient pas été exprimées.

- **Coordination interfédérale et développement de scénarios**

Il semblerait logique de commencer par mettre sur pied une **coordination interfédérale** entre les différents niveaux de pouvoir afin de **préparer les politiques** à court, moyen et long terme. Le caractère interfédéral est nécessaire à la conduite d'une politique à long terme dans un domaine où les compétences sont morcelées.

Une stratégie judicieuse à ce stade serait de **développer différents scénarios** (en ce compris des simulations budgétaires) afin de mieux comprendre les avantages et inconvénients concrets, sur le terrain, des différentes options possibles. Ces options se situent sur un continuum entre quelques améliorations ponctuelles du système existant (p. ex. une nomenclature pour les concertations multidisciplinaires) et un modèle de financement et d'organisation des soins totalement réformé. Différents

modèles intermédiaires sont possibles sur ce continuum. Ainsi par exemple, il est possible, sans implications financières importantes, de faire de l'approche territoriale une plateforme de rencontre, d'échange de savoirs et d'accords de coopération. De même, l'intégration des soins de santé et des prestations sociales peut également se faire avec des intensités diverses, allant de la stimulation à la collaboration (p. ex. entre les infirmiers à domicile et les aides familiales) jusqu'à la fusion des budgets de la santé et du social. Le développement de tels scénarios est possible pour autant que l'on dispose de données chiffrées relatives à la population concernée.

Les **représentants** des prestataires de soins de santé, des institutions de soins, des prestataires du secteur social et des patients devraient être impliqués dans l'élaboration de ces scénarios. Il reviendrait ensuite aux décideurs politiques de **poser des choix** en fonction des scénarios privilégiés.

Avant la conclusion d'accords de collaboration entre les différents niveaux politiques, il sera également important de vérifier que les initiatives/réformes actuelles – y compris celles du secteur social – ne se **contredisent pas entre elles** et qu'elles s'inscrivent **dans les principes du *Quintuple Aim* et des soins intégrés centrés sur la personne**.

Il sera tout aussi nécessaire d'accorder une grande attention à la **communication vers l'ensemble du terrain**, car le concept de soins intégrés est vaste et complexe, et implique des acteurs très différents, qui n'utilisent pas tous la même terminologie et n'ont pas les mêmes attentes. Les stakeholders ont également insisté pour que les initiatives prises à différents niveaux politiques soient formellement **programmées** selon un calendrier clair et progressif, indiquant des échéances et des priorités.

Il n'est pas possible de tout modifier en même temps, surtout dans un contexte de possible pénurie de prestataires de soins. C'est pourquoi les choix politiques posés devraient faire l'objet d'un **plan commun à long terme** concrétisé par un **accord de collaboration**, soutenu par tous les niveaux d'autorité, qui définiront ensemble les orientations de la transition vers les soins intégrés, et mettront en place les conditions de cette transition. Les autorités du secteur social doivent également être impliqués, et ce dès le début, afin d'entamer un véritable dialogue et d'identifier les points sur lesquels une plus grande coopération est possible à court et à long terme.

- **Approche territoriale**

En ce qui concerne l'approche territoriale, la consultation des stakeholders montre clairement qu'elle doit être poursuivie ; elle permet d'identifier clairement les partenaires et la population à servir. Cela nécessite de créer différents niveaux d'organisation : les acteurs de première ligne et des soins chroniques doivent être proches de la population ; les soins spécialisés peuvent être organisés à une échelle plus vaste (bien que certains soins spécialisés doivent également être de proximité). Quel que soit le niveau – ou les niveaux – retenu(s), et quelles que soient les tâches prévues pour ce(s) territoire(s), il sera nécessaire de le(s) doter d'une **structure de gouvernance** disposant de ressources humaines et financières suffisantes. La mise en place de ces structures de gouvernance ne doit toutefois pas déboucher sur une construction hiérarchique complexe composée de trop nombreuses couches. Il faut pouvoir assurer une gouvernance politique, stratégique et organisationnelle de la façon la plus efficiente possible.

L'approche territoriale nécessite également de disposer de **données sur les besoins de la population** afin d'organiser l'offre de soins. Pour être utilisables, ces données devraient idéalement être organisées en **tableaux de bord** réunissant toutes les informations et indicateurs pertinents. Ces tableaux de bord devraient être disponibles pour chaque niveau de gouvernance, c'est-à-dire au niveau politique mais aussi au niveau des différents territoires, quelle qu'en soit leur taille.

Le **renforcement de la 1e ligne de soins** est un autre élément essentiel pour le développement des soins intégrés, en particulier dans le contexte actuel de mutation des hôpitaux et de raccourcissement des durées de séjour des patients. Cela implique également une meilleure coordination entre la 1e ligne et les hôpitaux, les structures de soins résidentiels, les services sociaux et d'aide à la personne, etc. Ceci renforce encore la nécessité de rendre les professions de 1e ligne plus attractives, non seulement sur le plan financier mais aussi en construisant un socle de ressources humaines suffisant pour assurer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ambulatoires.

- **Réforme du système de financement**

En ce qui concerne la réforme du système de financement, notre étude aboutit à la conclusion claire que le financement actuellement dominant, lié au volume (rémunération à l'acte), est considéré comme un obstacle aux soins intégrés axés sur la personne et aux collaborations multidisciplinaires. Il est donc nécessaire d'imaginer des **systèmes de paiement mixtes** plus équilibrés et plus appropriés aux différents secteurs concernés, en leur permettant une certaine flexibilité dans la pratique. La réforme actuellement en cours de la nomenclature est une opportunité pour implémenter de façon incrémentale le glissement d'un système de paiement à l'autre.
Les éléments du nouveau système de financement mixte devraient être **testés préalablement à leur implémentation.** Enfin, il est nécessaire de prévoir une solide **infrastructure de données** pour pouvoir mettre en place un financement basé sur les objectifs, correctement ajusté au risque.

- **Et en attendant…**

Même si les choix politiques relatifs aux territoires, à la gouvernance et au financement des soins intégrés sont un préalable indispensable au développement des soins intégrés, certaines actions peuvent être **entreprises immédiatement**, indépendamment de ces choix : développer une coordination interfédérale, ajuster la formation des professionnels, mettre en place le dossier électronique multidisciplinaire du patient, élaborer des tableaux de bord, initier le processus d'adaptation de la loi sur les professions de santé pour faciliter la multidisciplinarité, pour ne citer que quelques exemples importants.

Dernière précision : si le passage à des soins (plus) intégrés devrait en théorie mener à terme à un **retour sur investissement** (p. ex. renforcer la prévention peut réduire à long terme les coûts des soins curatifs), il est illusoire de penser que la mise en place du plan ambitieux évoqué dans ces lignes puisse être neutre à court terme pour le budget des soins de santé. Au contraire, c'est un **investissement initial substantiel** qui doit être consenti, en particulier pour la mise en place de structures de gouvernance et de coordination des soins, le renforcement de la 1e ligne, le développement d'un dossier patient unique, la collecte et l'utilisation de données populationnelles, etc.

RECOMMANDATIONS[j]

Aux ministres en charge de la Santé publique, en coordination avec les ministres des Affaires sociales, et à leurs administrations

Recommandation 1 : Créer le cadre

- **Réaliser une analyse de scénarios – y compris une analyse de l'impact sur les budgets – décrivant les différents modèles d'organisation et de financement possibles en mettant en lumière les avantages et les inconvénients des différentes options possibles (allant de petites interventions à partir du système existant jusqu'au développement d'un nouveau système d'organisation et de financement des soins profondément réformé). Ces scénarios devraient au minimum étudier et préciser les options en termes de :**
  - **Type de patients : population générale ou sélection de patients en fonction d'une pathologie ou de besoins spécifiques (p. ex. personnes âgées);**
  - **Type de soins : prévention, soins aigus (y compris les soins de suite/post-aigus), soins chroniques, revalidation, soins aux personnes âgées, soins aux personnes ayant des besoins spécifiques, soins palliatifs ;**
  - **Type de secteurs : secteur de la santé somatique et/ou mentale en 1e ligne, en 2e ligne/en milieu hospitalier, secteur résidentiel, secteur social et/ou de l'aide à la personne ;**
  - **Type de professionnels : médecins, infirmiers, pharmaciens, paramédicaux, professionnels du secteur social et de l'aide à la personne ;**
  - **Approche territoriale (voir Recommandation 3) ;**
  - **Approche populationnelle (voir Recommandations 3 et 10) ;**
  - **Financement : différentes modalités de financement et de rémunération des prestataires de soins, et mesures transitoires à leur mise en place (voir Recommandation 4) ;**
  - **Législation : identifier les adaptations nécessaires de la législation existante (voir Recommandation 8).**

[j] Le KCE reste seul responsable des recommandations.

- **Sur la base de ces scénarios, formaliser dans un accord de collaboration des choix politiques clairs sur les orientations à long terme d'une réforme vers des soins intégrés centrés sur la personne, et sur le cadre politique dans lequel interviendront les entités fédérales et fédérées. Chacune à son niveau de compétence, les entités fédérales et fédérées devront mettre en œuvre, selon l'accord de collaboration mentionné ci-dessus, des réformes progressives, par étapes, notamment concernant les choix des groupes cibles (population de patients, type de soins, secteurs, professionnels des soins et du social), l'approche territoriale, les modalités de mise en œuvre de l'approche populationnelle, les cadres légaux et les mécanismes de financement à utiliser pour parvenir aux objectifs préalablement fixés dans l'accord de collaboration.**
- **S'accorder davantage entre les différents niveaux d'autorité pour vérifier que les initiatives politiques à court terme (déjà prévues) dans le secteur de la santé et du social sont conformes aux objectifs à long terme des soins intégrés et ne vont pas à l'encontre de ceux-ci.**
- **Communiquer les changements attendus et le calendrier prévu pour la mise en place des soins intégrés aux professionnels de la santé et du social, ainsi qu'aux patients et à leurs organisations représentatives.**
- **Prévoir un budget d'investissement nécessaire au déploiement des différentes étapes de la réforme.**

Recommandation 2 : Coordination entre niveaux de pouvoir

- **Renforcer la coordination interfédérale existante avec du personnel détenant une expertise dans les différents domaines des soins intégrés, ainsi qu'avec du personnel issu des entités fédérées, en leur confiant le mandat de :**
  - **Mettre en place les étapes préparatoires aux choix politiques à poser, notamment l'identification des adaptations à apporter au cadre législatif et les simulations d'impact des modifications envisagées sur le système de financement.**
  - **Préparer, en collaboration avec les agences existantes, un tableau de bord reprenant les indicateurs nécessaires pour monitorer la politique aux niveaux fédéral, régional et territorial.**
  - **Coordonner la recherche et les initiatives (politiques) sur les soins intégrés.**

Recommandation 3 : Approche territoriale

- **À court terme, dans l'attente de la définition et de la mise en place des territoires, de leurs rôles et compétences, de leurs structures de gouvernance et de leur financement (cf. Recommandation 1) :**
  - **Renforcer l'approche territoriale existante ou en cours de développement (réseaux hospitaliers locorégionaux, eerstelijnszones, réseaux de santé mentale), tout en assurant une cohérence entre les différentes entités géographiques, de préférence avec des frontières identiques.**
  - **Spécifier comment les différents réseaux doivent coopérer/communiquer entre eux (p. ex. encourager la mise en place de plans stratégiques de soins communs à tous les partenaires d'un territoire donné).**
- **Veiller à ce que les structures de gouvernance qui seront mises en place contribuent à la clarté, à la transparence et à un meilleur pilotage du système, tout en évitant une structure hiérarchique trop complexe. Il convient de porter une attention particulière à l'implication de l'ensemble des acteurs concernés, y compris les patients, dans ces structures.**

Recommandation 4 : Financement

- **Afin de stimuler la multidisciplinarité et les soins centrés sur la personne, faire évoluer le système actuel de financement et de rémunération des prestataires, principalement lié au volume, vers un système de financement mixte combinant la rémunération à l'acte avec différents types de rémunération, par exemple capitation, *bundled payments*, *shared savings*.**
- **Évaluer quels types de soins, de secteurs et de patients devraient être financés sur la base de l'approche populationnelle et quels facteurs devraient être pris en compte dans l'ajustement au risque.**
- **Lorsque de nouveaux mécanismes de financement sont introduits, faire appel à des mesures transitoires pour tester leurs modalités pratiques de mise en œuvre et leur impact financier. L'implémentation de ces mesures pourrait par exemple commencer par un paiement virtuel ou sur une base volontaire, avec un budget partiel basé sur des objectifs de santé.**

Recommandation 5 : Renforcer la première ligne

- **Renforcer davantage la professionnalisation du fonctionnement territorial au niveau des soins de 1e ligne en prévoyant les ressources humaines et les données populationnelles nécessaires, en mettant en place des partenariats, en stimulant la multidisciplinarité, en proposant des formations, etc., afin de :**
  - **Adapter l'organisation de la 1e ligne aux besoins de soins mesurés sur le territoire,**
  - **Assurer la coordination nécessaire avec les hôpitaux, les réseaux hospitaliers locorégionaux, les organisations de soins résidentiels, les partenaires du secteur social et les autres professionnels concernés.**
- **Prévoir des formes de financement adaptées pour les prestataires de soins de santé (voir Recommandation 4) qui permettent de constituer des équipes multidisciplinaires de 1e ligne autour du patient (p. ex. cabinets de groupe multidisciplinaires, réseaux de soins de 1e ligne tels que décrits dans le cadre du New Deal pour la médecine générale, avec une extension à d'autres acteurs de la 1e ligne).**
- **Prévoir des mesures visant d'une part à fournir un nombre suffisant de professionnels de la santé et du social (y compris pour la coordination (*case management*)) et d'autre part à stimuler l'attractivité des professions de santé de 1e ligne.**

LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES PEUVENT ÊTRE MISES EN ŒUVRE SANS ATTENDRE LES DÉCISIONS POLITIQUES RELATIVES À L'APPROCHE TERRITORIALE, AUX STUCTURES DE GOUVERNANCE OU AUX RÉFORMES DU FINANCEMENT.

Recommandation 6 : Monitoring / Tableau de bord

En collaboration avec les agences existantes, développer un tableau de bord incluant des indicateurs qui permettent d'analyser les besoins et l'utilisation des soins de santé et des services sociaux, l'accès au système de santé et la satisfaction des professionnels et des patients. Ces indicateurs doivent permettre différents niveaux de granularité (p. ex. niveau local, réseaux hospitaliers, entités fédérées, niveau fédéral) afin de pouvoir mieux aligner les soins avec les besoins locaux (p. ex. les zones de grande ruralité) et orienter leur financement. Un tel tableau de bord se construit d'abord à partir des données disponibles, en s'élargissant progressivement au fur et à mesure de la disponibilité de nouvelles données.

Recommandation 7 : Échanges d'informations sécurisés

- **Renforcer et accélérer les initiatives actuelles de création d'un dossier patient intégré unique afin de :**
  - **Permettre une consultation de données structurées et synthétiques concernant le patient ;**
  - **Garantir l'accès à ce dossier entièrement ou partiellement (en fonction des rôles et compétences) à tous les acteurs de la santé et du social, ainsi qu'au patient ;**
  - **Développer une communication sécurisée entre tous les acteurs de la santé et du social, et avec le patient.**
- **Approfondir les possibilités techniques de connexion entre les différentes bases de données et les informations du dossier patient, afin de rendre possible le développement d'indicateurs pour les tableaux de bord et l'adaptation de l'offre de soins, tout en tenant compte du Règlement général sur la Protection des données (RGPD).**

Recommandation 8 : Législation

- **Réviser la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, et d'autres textes législatifs pertinents, sur la base de l'analyse de la nécessité d'une adaptation juridique des rôles, des fonctions, des tâches des différentes professions de santé, et sur la base de la possibilité de délégation des tâches pour une meilleure intégration des soins.**
- **Analyser la nécessité d'une adaptation de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, afin de permettre la mise en œuvre des recommandations 6 et 7.**

Aux ministres en charge de l'éducation et aux établissements de formation

Recommandation 9 : Formation des professionnels

- **Renforcer la formation de base des acteurs de la santé et du social intégrant des concepts et des compétences en matière de :**
  - **collaboration multidisciplinaire (connaissance et appréciation des fonctions et rôles des professions impliquées dans les soins intégrés, aspects liés à la gestion/coordination des besoins complexes des patients),**
  - **soins centrés sur les patients et leurs objectifs, avec une attention particulière pour le niveau de littératie en santé des patients,**
  - **culture positive de l'évaluation (capacité à comprendre l'intérêt de l'évaluation, à la mener à bien, à gérer et interpréter les données et les indicateurs, à utiliser les résultats de l'évaluation pour organiser des communautés de pratique afin d'échanger les expériences...).**
- **Proposer au cours de la formation de base des moments de formation interdisciplinaire et supprimer les obstacles à celle-ci.**

Aux organisations professionnelles et aux institutions qui organisent des formations continues

Recommandation 10 : Formation continue

- **Proposer des formations continues (interdisciplinaires) aux professionnels de santé et du social, et aux gestionnaires des institutions de soins pour qu'ils acquièrent les compétences nécessaires à l'intégration des soins telles que décrites à la recommandation 9.**

Aux institutions de recherche en santé publique

Recommandation 11 : Recherche

- **Élaborer des indicateurs correspondant au *Quintuple Aim* et permettant de cartographier les besoins de la population et de suivre l'évolution de la maturité des soins intégrés au moyen d'instruments adaptés au contexte belge.**
- **Poursuivre des recherches sur la meilleure manière de mesurer les expériences des patients (PREM) par rapport aux soins intégrés.**
- **Initier des recherches préparatoires pour la mise en œuvre de la recommandation 4 (financement).**

COLOPHON

Titre :	Vers des soins (plus) intégrés en Belgique – Synthèse
Auteurs :	Anne-Sophie Lambert (UCLouvain), Susanne Op de Beeck (shiftN), Denis Herbaux (PAQS), Jean Macq (UCLouvain), Pauline Rappe (PAQS), Olivier Schmitz (UCLouvain), Quentin Schoonvaere (PAQS), Anna Luisa Van Innis (PAQS), Philippe Vandenbroeck (shiftN), Jesse De Groote (Profacts), Lies Schoonaert (Hict), Helen Vercruysse (Profacts), Marieke Vlaemynck (Profacts), Jolyce Bourgeois (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Nadia Benahmed (KCE)
Facilitateur de projet :	Els Van Bruystegem (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Cécile Camberlin (KCE), Charline Maertens de Noordhout (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Conseil scientifique :	Isabelle Peytremann-Bridevaux (Unisanté, Switzerland), Geert Van Hootegem (KU Leuven), Koen Hermans (KU Leuven), Roy Remmen (Universiteit Antwerpen), Josefien Van Olmen (Universiteit Antwerpen –SCUBY project)
Stakeholders :	Gaëlle Amerijckx (Observatoire de la santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Anneloes Bork (Palliatieve zorg Vlaanderen), Patricia Chavez (SPF Santé Publique – FOD Volkgezondheid), Elien Colman (VIVEL – Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn), Paul De Munck (GBO – Groupement belge des omnipraticiens), Jean-Luc Demeere (VBS – Verbond der Belgische Beroepsverenigingen), Marc Geboers (Qualicor Europe), Siska Germonpre (Socialistische mutualiteit), Stefaan Hanson (Verbond der Vlaamse Tandartsen), Jean Hermesse, Aline Hotterbeex (UNESSA – Union En Soins de Santé), Annemarie Jacobi (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Pierre Leemans (FAMGB – Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles), Hélène Lejeune (UPDLF – Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française), Tom Meeus (Vereniging van Wijkgezondheidscentra), Benoit Mores (Landsbond van Onafhankelijke ziekenfondsen), Sarah Paquet (Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft), Xavier Patti (Fédération des Maisons médicales), Michel Praet (Santhea), Cécile Riche (Iris care), Roy Remmen (Universiteit Antwerpen), Erik Schokkaert (KU Leuven), Eline Senesael (Christelijke mutualiteit), Sophie Szynal (Union nationale des mutualités neutres), Béatrice Theben (UPE – Union professionnelle des Ergothérapeutes), Saskia Van Den Bogaert (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Julie Van Den Broucke (VZA – Vlaamse vereniging van ziekenhuisapothekers, AZ Groeninge), Bernadette Van Den Heuvel (Zorgnet Icuro), Isabelle Van der Brempt (SPF Santé publique - FOD Volksgezondheid), Nicky Van Geel (VBVD – Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten), Nicky Vandeghinste (CM – Christelijke mutualiteit), Bénédicte Vos (Solidaris), Annet Wauters (VPP – Vlaams Patiëntenplatform), Machteld Wauters (Agentschap Zorg en Gezondheid)
Validateurs externes :	Axel Kaehne (Edge Hill University, Royaume-Uni), Anja Declercq (KU Leuven), Volker Amelung (Medizinische Hochschule Hannover, Allemagne)

Remerciements :

Nous tenons à remercier tous les patients qui ont répondu au sondage et tous les professionnels pour leur participation au sondage et aux consultations. Nous tenons également à remercier les personnes suivantes :

- Pour la préparation de l'étude : Patriek Mistiaen (KCE)
- Pour l'approche territoriale : Brigitte Bouton (AVIQ – Agence pour une Vie de Qualité), Christophe Demeester (KCE), Paul De Munck (PPLW – Plateforme de Première Ligne Wallonne), David Hercot (CCC/GGC - Commission communautaire commune – Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie)
- Pour leur contribution à la Communauté germanophone – Ostbelgien : Julia Hepp (Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft), Guillaume Paquay (Selbstbestimmt), Manfred Zahorka (OptiMedis)
- Pour leur soutien dans l'utilisation de l'outil Scirocco et l'évaluation de la maturité des soins intégrés : Pauline Boeckxstaens (Université de Gand), Katrien Danhieux (Université d'Anvers – projet SCUBY), Marlies De Clerck (VIVEL), Karel Hermans (VIVEL), Andrea Pavlickova (NHS Scotland), Lotte Vanneste (Université de Gand), Solveig Wallyn (Agence de santé et de soins), Laurence Kohn (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Justien Cornelis (KCE)
- Pour l'utilisation d'EQ-5D-5L : Gerben Bakker (Euroqol), Nicolas Boeckaert (KCE), Irina Cleemput (KCE)
- Pour le choix des instruments dans la recherche patient : Sabine Corachan (LUSS), Thomas Deloffer (VPP), Stephanie Wermeerster (PRT – Patients Rat+ Treff)
- Pour la diffusion de l'enquête patient : Bruno Adam (Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale), Veerle Aendekerk (Federatie van Vlaamse Simileskringen), Sandra Aernouts (Eerstelijnszone Antwerpen Noord), Stephanie Ameel (Centrale de Services à Domicile (CSD) Brabant Wallon), Christine Baelu (Astma en Allergiekoepel), Olivier Bar (Liberale mutualiteiten), Marianne Bleys (Eerstelijnszone Middenkempen), Jacky Boelens (Piekernie), Anja Boffenrath (PRT), Bruno Bosmans (Médecine pour le Peuple), Jonathan Bouvy (MC – Mutualité chrétienne), Patricia Chavez (SPF Santé Publique – FOD Volkgezondheid), Secrétariat (Pijn Vereniging 't Lichtpuntje), Sabine Corachan (LUSS), Jurian Cuppen (PartenaMut), Lut De Baere (BOKS – Belgische Organisatie voor Kinderen en volwassenen met een Stofwisselingsziekte), Lieve De Brabandere (Ups&Downs), Laura De Brandt (Liberale mutualiteiten), Karin De Cleene (Eerstelijnszone Waasland), Nathalie de Montpellier (Plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant Wallon), Regina De Paepe (MLOZ – Onafhankelijke Ziekenfondsen), Eline Deblaere (Geïntegreerde Zorg Waasland), Céline Dehaen (UPDLF), Marie Dekeyser (Corsade), Griet Depaepe (Eersteetjeslands & West-Meetjesland), Frederic Depauw (Union nationale des mutualités neutres), Sandra Derieuw (MC), Vicky Docx (Eerstelijnszone Demerland), Didier Dubois (SPAF – Service Provincial d'Aide Familiale de Namur), Jeannine Engelen (RA Liga – Reumatoïde Artritis Liga), Charlotte Flagothier (Planning familiale Ourthe-Amblève, Aywaille) Pierre Gerard (Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones & germanophones), Siska Germonpré (Socialistische mutulaliteit), Karen Geurts (IMA – InterMutualistisch Agentschap), Birgit Gielen (IMA), Marijke Gielen (MLOZ), Virginie Gioia (Maison médicale la Passerelle), Erik Helderweert (Eerstelijnszone Antwerpen Oost), Céline Hoerner (Chronicoupole), Natasja Jacobs (Union Nationale des Mutualités Neutres), Ingrid Jageneau (Debra

België), Nathalie Jaquet (Eerstelijnszone Druivenstreek), Sophie Lanoy (LUSS), Rebecca Leemans (Ahosa), Jézabel Legat (ASBL Fédito), Deva Lenaers (Eerstelijnszone Oostende-Bredene), Florence Leveque (INAMI/RIZIV – Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), Vinciane Liesens (Service de Santé Mentale Neuville-sous-Huy), Kaatje Loeys (Eerstelijnszone Houtland en Polder), Marijn Loozen (Okra), Emilie Maquet (CODEF – Coordination et Défense des Services Sociaux et Culturels), Sandrine Martinot (Aide et Soins à Domicile Brabant wallon), Gino Matthys (Vriendenkring Nierpatiënten Roeselare), Alodie Merckx (CPAS Silly), Jonathan Miguelle Benrubi (Centre de santé de l'Amblève), Nicolas Mincier (Résinam), Karin Moons (Spierziekten Vlaanderen), Jens Moreel (Eerstelijnszone Dender), Hugues Morel Dewestgaver (HR Rail), Céline Mostade (Chronilux), Claudia Nieuwland (PartenaMut), Karen Pellens (Eerstelijnszone Maasland), Lynn Pellens (Partena), Fabian Prevot (Maison Médicale L'homme et Santé), Veerle Quirynen (Vlaamse Ouderenraad), Anne-Françoise Raedemaeker (PACT - Integreo), Cerise Renwa (Maison Médicale Les Houlpays), Lauriane Rouard (Solidaris), Isabelle Schaus (AGEF – Assemblée des Généralistes de l'Est francophone de la Belgique), Eva Schoeters (RadiOrg), Secrétariat de l'Observatoires des maladies chroniques, Mario Sel (Vereniging voor Spina Bifida en Hydrocoephalus), Eline Senesael (CM), Priscilla Servais (CAAMI – Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité), Joeri Staessen (Partena), Francoise Stegen (UPLF – Union professionnelle des logopèdes francophones), Elke Stienissen (LVV – Lymfklierkanker Vereniging Vlaanderen), Tilly Tartaglia (COPD vzw - chronisch obstructief longlijden), Joris Tas (CVS Contactgroep), Lore Tilley (Eerstelijnszone Klein-Brabant & Vaartland), Ine Timmermans (Eerstelijnszone Leuven) , Wim Torbeyns (Domus Medica), Viona Torfs (Bonstato – Eerstelijnszone Bonheiden-Putte-Heist-op-den-Berg), Simone Ulrix (Réseau Multidisciplinaire Local du Grand Namur), Larissa Vallons (Eerstelijnszone Antwerpen Centrum), Annick Van den Bossche (Rélian), Leen Van Doorslaer (Eerstelijnszone Bruzel), Roel Van Giel (Domus Medica), Anja Van Nuffel (Eerstelijnszone Grimbergen), Michaël Van Roosbroeck (Vlaamse Parkinson Liga), Hanna Van Schoorisse (Eerstelijnszone Kortrijk-Kuurne -Harelbeke), Nicky Vandeghinste (CM), Dorien Vandormael (I-mens), Stephanie Vanespen (Eerstelijnszone Aalst), Mieke Vanheule (EMPACT), Els Vanhoucke (ME-vereniging) , Mik Ver Berne (Hoofd-Stuk), Claudine Verbrugghe (Eerstelijnszone Brugge), Kathleen Verkest (Eerstelijnszone Pajottenland), Sabine Verstraete (Diabetes Liga), Vera Voet (Eerstelijnszone HAK Dijle & Netevallei), Stephanie Vrankens (Beerszone Beers-Oost-Oost - Zedelgem-Jabbeke), Annet Wauters (VPP), Vanessa Wittvrouw (Union professionnelle des sages-femmes belges)

- Pour leur soutien dans l'animation du World Café : Thérèse Van Durme (UCLouvain), Emily Verté (VUB – Vrije Universiteit Brussel)
- Pour l'analyse typologique des groupes de discussion : Santiago Ortiz (shiftN)
- Pour un soutien pratique et organisationnel : Marie De Cannière (Yelski)
- Pour une contribution à la revue de littérature : Erik Schokkaert (KU Leuven)
- Pour le contrôle linguistique : Inés de Azcarate (AZtranslations) pour l'anglais, Anja Boffenrath (PRT) pour l'allemand

Intérêts déclarés :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine des soins intégrés. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.
Layout :	Joyce Grijseels, Ine Verhulst
Disclaimer :	• **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.** • **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.** • **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise).** • **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**
Date de publication :	4 octobre 2022
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Long Term Care; Chronic Disease; Delivery of Health Care, Integrated Health Care Reform; Organization and Administration, Models, Theoretical
Classification NLM :	W84.1
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal :	D/2024/10.273/51
ISSN :	2466-6440
Copyright :	Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce.

Comment citer ce rapport ?

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 K, Benahmed N. Vers des soins (plus) intégrés en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 359Bs. D/2024/10.273/51.

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