

Données phares : Soins intégrés

Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement

Colophon

Sujet :

Ce rapport dresse, sur la base de certains chiffres clés, un aperçu des activités du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (en collaboration avec d'autres organismes publics) concernant les soins intégrés. Il fournit des informations sur l'historique et l'organisation pratique des soins intégrés en Belgique, ainsi que sur la valeur ajoutée de ces derniers.

Comité de rédaction :

Les membres de la Direction générale Soins de Santé

Éditeur responsable :

Dirk Ramaekers, Avenue Galilée 5/2 - 1210 Bruxelles

Contact:

Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement

SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Direction générale Soins de Santé
Avenue Galilée 5/2 – 1210 Bruxelles
T. +32 (0)2 524 97 97 (Service Center Santé)

Toute reproduction partielle de ce document est permise avec citation adéquate.

Ce document est disponible sur le site web du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

https://www.belgiqueenbonnesante.be/

Dépôt légal : D/2026/2196/24

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 4

Introduction 5

Organisation des soins intégrés en Belgique 8

Évolution des soins intégrés en Belgique 9

Comment mettre en place des soins intégrés : le modèle de l'arc-en-ciel 12

Objectifs des soins intégrés (partie extérieure) 13

Intégration à différents niveaux (niveaux inférieurs) 14

Conditions préalables pour les soins intégrés (niveau de base) 28

Valeur ajoutée des soins intégrés : quels sont les avantages ? 30

Preuves internationales 31

Initiatives nationales d'évaluation 32

Conclusion et vision pour l'avenir 36

AVANT-PROPOS

Cette édition des données phares sur les soins intégrés occupe une place particulière au sein de notre série de rapports consacrés aux soins de santé. Si les éditions précédentes pouvaient généralement s'appuyer sur un large ensemble de chiffres clés disponibles au sein du SPF SPSCAE, c'est moins le cas pour le thème des soins intégrés. Il ne faut pas pour autant en déduire que les soins intégrés sont moins déterminants. Cela montre surtout que cette thématique complexe et transversale ne peut pas facilement se résumer à l'aide d'indicateurs classiques.

Aujourd'hui plus que jamais, les soins intégrés constituent une approche essentielle pour les responsables politiques et pour notre population. Dans le contexte du vieillissement de la population, de la multiplication des maladies chroniques et de la complexification des besoins en matière de soins et de soutien, il devient de plus en plus nécessaire de disposer d'un système de soins de santé qui favorise une meilleure collaboration entre les disciplines, les secteurs et les niveaux de compétence. Pour les citoyens, les soins intégrés sont la promesse d'une plus grande cohérence, d'une meilleure continuité et d'une offre de soins et de soutien mieux adaptée à leurs besoins réels.

Avec cette édition des données phares, nous souhaitons donc avant tout mieux faire connaître les soins intégrés, les expliquer et mettre en évidence leur contribution à la qualité, à la continuité et à la coordination des soins. Pour ce faire, nous nous appuyons non seulement sur les données disponibles, mais nous mettons également en perspective les concepts, les évolutions des politiques publiques et les applications concrètes. J'espère que cette publication contribuera à une meilleure compréhension de cette transformation du système de santé et à la poursuite du débat sur la manière dont nous pouvons organiser notre système de santé pour répondre aux défis à venir !

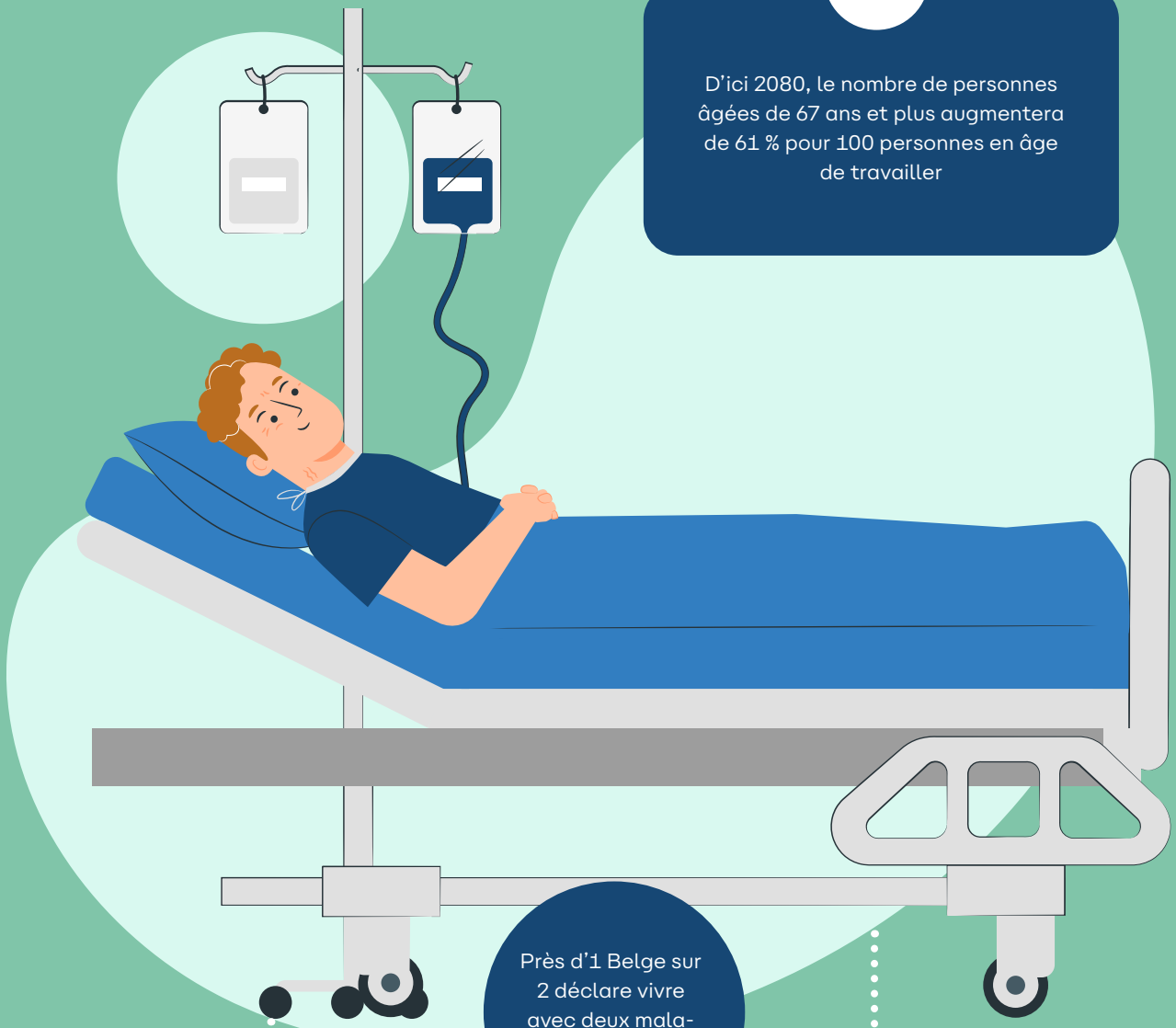
Sabine Stordeur,

Directrice générale de la DG Soins de Santé

1 INTRODUCTION

61%

D'ici 2080, le nombre de personnes âgées de 67 ans et plus augmentera de 61 % pour 100 personnes en âge de travailler



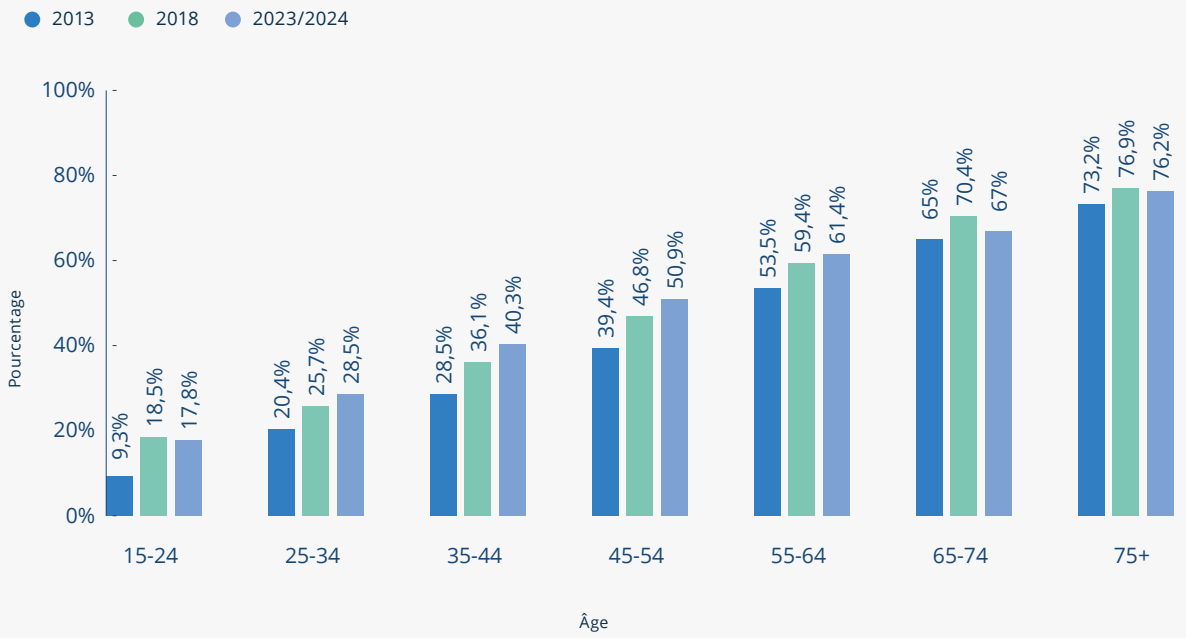
Près d'1 Belge sur 2 déclare vivre avec deux maladies chroniques ou plus

1 Belge sur 7 bénéficie du statut officiel d'affection chronique

La fragmentation des soins peut engendrer plus de 4 000 € de coûts supplémentaires par patient

L'évolution du secteur belge de la santé s'inscrit dans un contexte en pleine mutation. Notre population vieillit et de plus en plus de personnes vivent avec une ou plusieurs maladies chroniques. Le nombre de personnes âgées de 67 ans et plus ne cesse d'augmenter par rapport à la population active. En 2080, pour 100 personnes âgées de 18 à 66 ans, on comptera **45 personnes âgées de 67 ans et plus**, alors que ce chiffre était de 28 en 2025.[1] Par ailleurs, **48 % de la population belge âgée de 15 ans et plus déclare avoir souffert d'au moins deux maladies chroniques au cours des 12 derniers mois.** Ce sont surtout les personnes les plus âgées qui souffrent de deux maladies chroniques ou plus, mais depuis quelques années, les personnes âgées de **25 à 64 ans** sont de plus en plus concernées.

Évolution du pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus déclarant avoir souffert d'au moins deux maladies chroniques au cours des 12 derniers mois (2013-2023/2024)



Ces chiffres, tirés de l'Enquête de santé belge (2013-2024), se basent sur les déclarations faites par les personnes interrogées. Les informations objectives disponibles sur les maladies chroniques en Belgique se limitent souvent à certaines pathologies. Nous savons cependant que la plus grande « charge de morbidité » est causée par des troubles musculosquelettiques tels que les lombalgies, suivis des troubles mentaux et des cancers, [2] et qu'environ 15 % de la population belge bénéficie d'un statut « affection chronique », statut accordé aux ayants droit lorsque leurs dépenses de santé dépassent un certain seuil.[3]

Ces évolutions s'accompagnent de besoins en soins de plus en plus complexes, tandis que l'offre de soins est mise sous pression par les pénuries de personnel et l'augmentation de la charge de travail.

Par ailleurs, l'organisation des soins de santé en Belgique s'est construite historiquement autour de différents secteurs et groupes professionnels fonctionnant souvent de manière cloisonnée, ce qui façonne encore aujourd'hui la structure et le fonctionnement du système.Dans un tel contexte, il peut s'avérer difficile pour les patients de comprendre leur trajet de soins et pour les prestataires de soins et d'aide sociale de collaborer efficacement. Cette fragmentation entraîne également un surcoût qui, selon certaines analyses, peut se chiffrer à **plus de 4 000 euros par patient**.[4]

1 Source : 1992-2024 : observations, Statbel ; 2025-2080 : perspectives du BFP et de Statbel. Consulté sur https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/perspectives-de-la-population

2 Sciensano. Fardeau de la maladie: Années de vie en bonne santé perdues, Health Status Report, 26 juin 2025, Bruxelles, Belgique, https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/fardeau-de-la-maladie/annees-de-vie-en-bonne-sante-perdues

3 Source: http://www.ima-aim.be

4 OCDE (2023), Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en.

Parallèlement, la digitalisation et les technologies innovantes ouvrent de nouvelles perspectives dans le secteur de la santé. Les outils numériques permettent, par exemple, d'améliorer le partage d'informations entre les prestataires de soins et d'aide, de mieux suivre les paramètres de santé et d'organiser les soins de manière plus efficace. Il convient dès lors de déployer des efforts dans le domaine des compétences numériques et de la mise en place d'une infrastructure numérique interopérable.

Le rôle du patient évolue lui aussi. De consommateurs de soins plutôt « passifs », les patients deviennent désormais des bénéficiaires mieux informés et des « co-décideurs » dans le processus de soins et de soutien. Cela exige une nouvelle façon de coopérer, où les prestataires de soins et d'aide, les patients et leur entourage prennent des décisions ensemble, planifient ensemble des soins ciblés et œuvrent ensemble à leur réalisation.

Toutes ces évolutions renforcent la nécessité **des soins intégrés**. Les soins intégrés impliquent de coordonner les efforts des différents prestataires de soins et d'aide, en considérant la personne comme un partenaire à part entière dans le processus de prise en charge. Il ne s'agit pas seulement de soins médicaux ; les soins intégrés concernent également le soutien aux activités de la vie quotidienne, l'aide sociale et l'implication des aidants proches.

En nous appuyant sur le cadre défini par l'Organisation mondiale de la santé ,[5] nous pouvons définir les soins intégrés de la manière suivante :

« Une approche visant à renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne en favorisant des soins et un soutien de qualité tout au long de la vie. Ces soins et ce soutien sont conçus sur la base des besoins multidimensionnels de la population et de l'individu, et fournis par une équipe multidisciplinaire coordonnée travaillant au-delà des structures et des niveaux de soins. Les soins doivent être gérés efficacement afin de garantir des résultats optimaux et d'utiliser les ressources de manière appropriée, sur la base des meilleures données disponibles. Des mécanismes de rétroaction doivent être mis en place pour améliorer continuellement les performances, s'attaquer aux causes sous-jacentes d'une mauvaise santé et promouvoir le bien-être par des actions intersectorielles et multisectorielles. »

En termes simples, les soins intégrés pourraient se traduire de la manière suivante à un niveau individuel :

« Je peux organiser mes soins avec des personnes qui coopèrent, qui me comprennent et qui m'aident à bénéficier des soins qui répondent le mieux à mes besoins et à mes priorités. »

Dans cette édition des Données phares pour les soins de santé, nous montrons comment les soins intégrés sont mis en place en Belgique et comment cette approche peut contribuer à un système de santé belge accessible, cohérent et mieux préparé pour affronter l'avenir.



5 WHO Regional Office for Europe. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. 2016 https://iris.who.int/bitstreams/6eb1da76-189c-4bbd-ac79-62523037ffae/download

2 ORGANISATION DES SOINS INTÉGRÉS EN BELGIQUE

3

3 domaines d'application prioritaires

Soins périnataux
Personnes vulnérables
Enfants et adolescents souffrant d'obésité

Les structures méso constituent le lien entre les politiques et la pratique



Plus de 50 % de notre santé n'est pas déterminée par les soins de santé. Le mode de vie et les conditions de vie font la différence

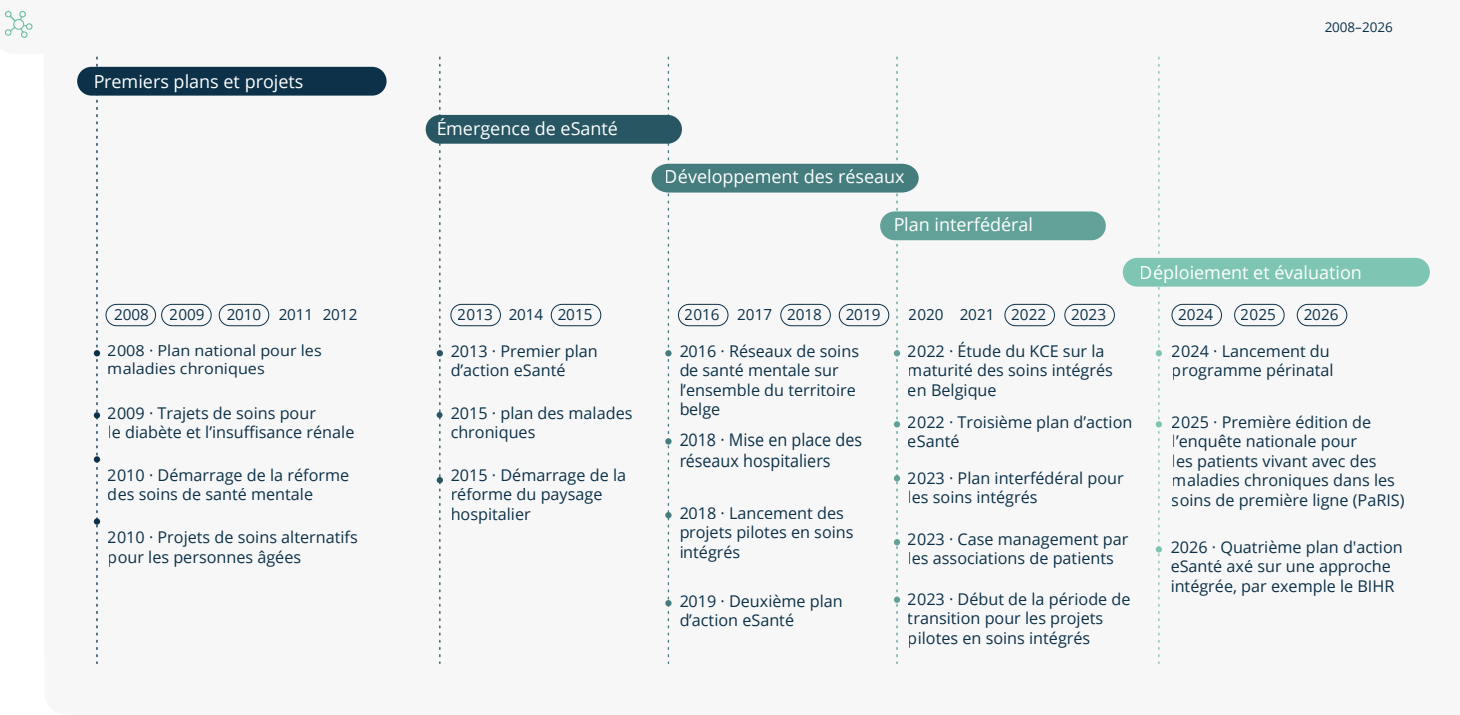
Des soins adaptés à chaque niveau de besoin : pour 80 % de la population, les soins de première ligne et l'autogestion suffisent ; 15 % nécessitent des soins coordonnés et 5 % ont besoin de casemanagement

2.1 Évolution des soins intégrés en Belgique

En Belgique, nous travaillons depuis de nombreuses années à la mise en place d'un système de soins qui favorise notamment une meilleure collaboration entre les professionnels de santé et d'accompagnement. Ces dernières années, cette dynamique s'est encore renforcée grâce à de nouveaux plans et projets, tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées. Cette évolution vise à répondre à la fragmentation historique des soins, à la pénurie de personnel dans le secteur des soins et du soutien, ainsi qu'à la complexité croissante des besoins en matière de soins. Elle s'inscrit également dans les recommandations internationales en faveur de la continuité des soins et d'une prise en charge centrée sur la personne.

La frise chronologique ci-dessous illustre l'évolution des initiatives fédérales en matière de soins intégrés au cours des dernières années.

Évolution des initiatives politiques au niveau fédéral dans le cadre du développement des soins intégrés



Cette frise chronologique montre notamment :

- L'émergence de différents trajets de soins nécessitant une collaboration entre différentes disciplines autour d'un plan de soins unique pour la personne (par exemple, les trajets de soins liés au diabète et à l'insuffisance rénale, ou encore les projets portant sur des formes alternatives de soins pour les personnes âgées).
- L'évolution du paysage des soins de santé, marquée par le rôle croissant des mésostructures de soutien, telles que les réseaux de santé mentale ou les réseaux hospitaliers au niveau régional, chargées de concrétiser la coopération et les soins intégrés sur le terrain.
- Les évolutions numériques constantes dans le secteur de la santé, dans le cadre des différents plans d'action « e-santé », qui doivent se traduire par la mise en place d'un dossier patient électronique unique, appelé « Belgian Integrated Health Record » (BIHR).

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) souligne la nécessité d'évoluer vers un système de soins plus intégrés. Dans un rapport publié en 2022[6], le KCE explique que notre système de santé reste trop axé sur les soins aigus et la rémunération « à l'acte ». Dans le contexte actuel, ce modèle n'est plus adapté à des enjeux tels que le vieillissement de la population, les maladies chroniques et les personnes souffrant de plusieurs pathologies à la fois. Le KCE propose dès lors trois axes d'action :

1) un cadre politique clair pour des soins intégrés
2) une délimitation des régions de soins en Belgique
3) une réforme du financement

En savoir plus ?
https://www.kce.fgov.be/fr/vers-des-soins-plus-integres-en-belgique

Le 8 novembre 2023, une avancée structurante a été réalisée dans ce sens : le Plan interfédéral pour les Soins intégrés a été lancé et signé par tous les ministres de la Santé en Belgique. Ce plan permet de mieux organiser et harmoniser les soins et le soutien. Il considère la personne ou le patient comme un partenaire à part entière dans le processus de soins et de soutien, encourage la collaboration interdisciplinaire, par exemple par le biais d'une planification conjointe des soins, et s'efforce d'aplanir les frontières entre les soins de santé, le bien-être et les services sociaux.

Ce plan repose sur huit accords conclus entre les différentes autorités.

01 Le Plan interfédéral pour les soins intégrés propose un cadre commun pour les initiatives des différentes autorités afin qu'elles participent conjointement à la réalisation des objectifs du « Quintuple Aim » (voir ci-dessous) et à la mise en place des soins intégrés.

02 La collaboration structurelle entre les entités fédérées et les autorités fédérales s'effectue par l'intermédiaire de la plateforme interadministrative (PIA). Cette plateforme favorise la mise en œuvre de qualité des principaux éléments constitutifs des soins intégrés et leur cohérence.

03 Les initiatives stratégiques s'appuient dans la mesure du possible sur des soins centrés sur la personne et ciblés, dans le cadre d'une approche globale et interdisciplinaire alliant soins et bien-être.

04 Les entités fédérées et les autorités fédérales adoptent une interprétation commune des concepts essentiels des soins intégrés en utilisant les définitions figurant dans le Plan interfédéral pour les soins intégrés. Le cas échéant, cela peut se faire de manière asymétrique, en tenant compte des spécificités de chaque entité.



6 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). Brussels: Federal Knowledge Centre for Health Care (KCE). 2022. KCE Reports 359As. D/2022/10.273/50.

05 L'accent mise sur la proximité avec le citoyen dans le cadre d'une approche axée sur la population. À cet égard, la coopération tant horizontale que verticale entre les différents secteurs est essentielle. Cela exige un niveau méso fort et accessible, capable de soutenir le niveau micro et d'agir dans le respect des cadres politiques du niveau macro.

06 Chaque entité fédérée examine, en concertation avec les autorités fédérales, comment ancrer les bonnes pratiques des initiatives fédérales existantes de manière durable au niveau méso et comment déployer et financer ces initiatives dans le cadre de l'engagement n° 8.

07 Les entités fédérées et les autorités fédérales s'engagent en faveur d'une politique fondée sur les données en matière de santé et de bien-être qui favorise la coopération, la communication et le partage des données. La cohérence entre le Plan interfédéral pour les soins intégrés et le plan d'action « e-Santé » fait l'objet d'un suivi au sein de la Plateforme interadministrative et se traduit par des actions concrètes.

08 Les autorités fédérales et les entités fédérées veillent à une utilisation efficace et coordonnée des ressources en vue de renforcer les soins intégrés. Cela passe par une approche coordonnée et des formes de financement qui favorisent les soins intégrés, chaque autorité contribuant dans le cadre de ses propres compétences.

En savoir plus sur le plan interfédéral ?
https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/info-pour-tous/plan-interfederal-soins-integres

Le plan interfédéral constitue actuellement le cadre commun pour la poursuite de la mise en place de soins intégrés entre les différentes autorités compétentes en matière de santé en Belgique. Il s'appuie sur les expériences antérieures et donne, dans un premier temps, la priorité à trois domaines d'application, à savoir :

- Les soins périnataux
- Les personnes vulnérables
- Les enfants et les jeunes atteints d'obésité

Le programme périnatal, qui mise sur un dépistage précoce et une approche interdisciplinaire auprès des femmes enceintes présentant des vulnérabilités psychosociales, est actuellement mis en place sur l'ensemble de la Belgique. Les 1 000 premiers jours sont en effet déterminants pour le développement physique, mental et social d'un enfant. Il est essentiel d'investir pendant cette période afin d'offrir à chaque enfant les mêmes chances dès le départ. Les rapports du KCE révèlent que les soins et le soutien prénataux et postnataux en Belgique ne sont pas toujours dispensés en temps opportun, accessibles ou adaptés aux besoins des (futures) mères, en particulier pour les femmes en situation de vulnérabilité psychosociale.

En savoir plus ?
https://kce.fgov.be/fr/publications/pages-thematiques/focus-sur-la-grossesse-et-la-naissance

Les deux autres programmes sont encore en cours de développement. Avec les programmes de soins intégrés, nous cherchons à renforcer le lien entre les soins et le bien-être pour certains groupes cibles et à assurer une meilleure continuité des soins dans le processus de soins et de soutien.

Dans l'ensemble, la Belgique s'efforce donc de mettre en place un modèle de soins plus simple, mieux adapté et mieux organisé. Un modèle qui favorise la coopération, qui part des besoins réels des gens et qui s'inscrit dans une perspective durable pour l'avenir.

2.2 Comment mettre en place des soins intégrés : le modèle de l'arc-en-ciel

Les soins intégrés peuvent être organisés selon le modèle de l'arc-en-ciel de Pim Valentijn. Ce modèle montre que les soins intégrés se composent de différents niveaux qui s'influencent mutuellement. Il aide les professionnels de santé et d'accompagnement, les organisations et les responsables politiques à mieux collaborer et à organiser les soins de manière cohérente. Ce modèle reconnaît que les soins de santé sont un domaine complexe et qu'une collaboration à plusieurs niveaux est nécessaire pour obtenir les meilleurs résultats possibles pour les patients.

Le modèle de l'arc-en-ciel de Pim Valentijn



En savoir plus sur le modèle de l'arc-en-ciel ?
https://www.essenburgh.com/nl-regenboogmodel-voor-integrale-zorg/

Les différents niveaux du modèle seront présentés plus en détail dans ce chapitre.

Ce n'est toutefois que lorsqu'ils sont appliqués à une situation concrète que les principes des soins intégrés prennent véritablement tout leur sens. Le cas concret suivant illustre comment les soins intégrés se traduisent en pratique et comment les différents niveaux du modèle de l'arc-en-ciel (système, organisation et prestation de soins) contribuent ensemble à des soins ciblés et centrés sur la personne.



Nathalie (26 ans) vit avec son compagnon Johan (28 ans).

Le couple a deux jeunes enfants : Luna (1 an et demi) et Timo (4 ans). Timo est atteint d'autisme et suit un programme de rééducation ambulatoire. Nathalie attend un troisième enfant. Nathalie travaille au supermarché local avec un contrat à 4/5e. Johan est sans emploi et perçoit des allocations de chômage. Il a du mal à trouver du travail. Ils vivent dans un appartement privé de deux chambres qu'ils louent. La famille a des difficultés financières. Le couple a deux mois de loyer en retard. Ils ont du mal à joindre les deux bouts, mais aiment aussi de temps à autre acheter des « gadgets » et des vêtements de marque en ligne. Les difficultés financières sont source de stress au sein de la famille. Il y a régulièrement de vives disputes verbales entre Nathalie et Johan. En raison de ces soucis (et avec l'arrivée d'un troisième enfant), Nathalie ne se sent pas stable sur le plan psychologique. Nathalie a un médecin généraliste, mais elle ne le voit pratiquement jamais. Elle se rend compte qu'elle ne va pas bien psychologiquement, mais elle n'ose pas consulter un psychologue et ne sait pas non plus par où commencer. Elle craint également la réaction de son mari. En ce moment, le seul professionnel de santé qu'elle voit régulièrement est son gynécologue, qui a généralement peu de temps à lui consacrer pour discuter tranquillement et qui reçoit toujours les deux parents ensemble.

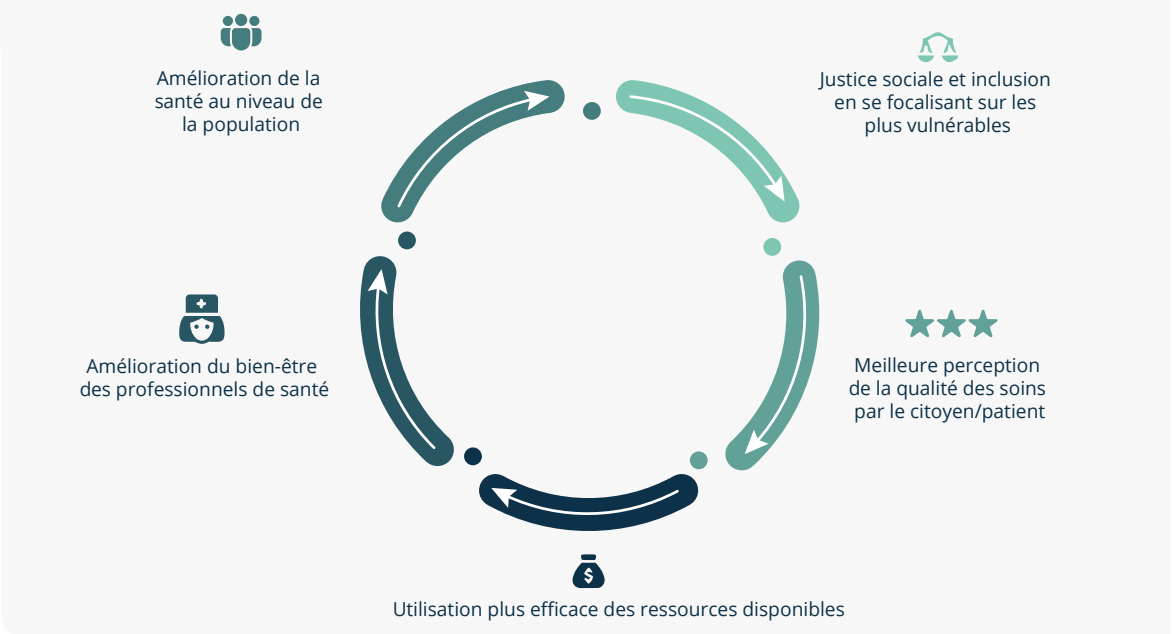
2.2.1 Objectifs des soins intégrés (partie extérieure)

Le modèle de l'arc-en-ciel repose, à l'extérieur, sur les objectifs que nous poursuivons avec les soins intégrés, à savoir :

- une meilleure santé publique en Belgique
- des soins de meilleure qualité pour les citoyens
- une utilisation plus efficace des ressources disponibles

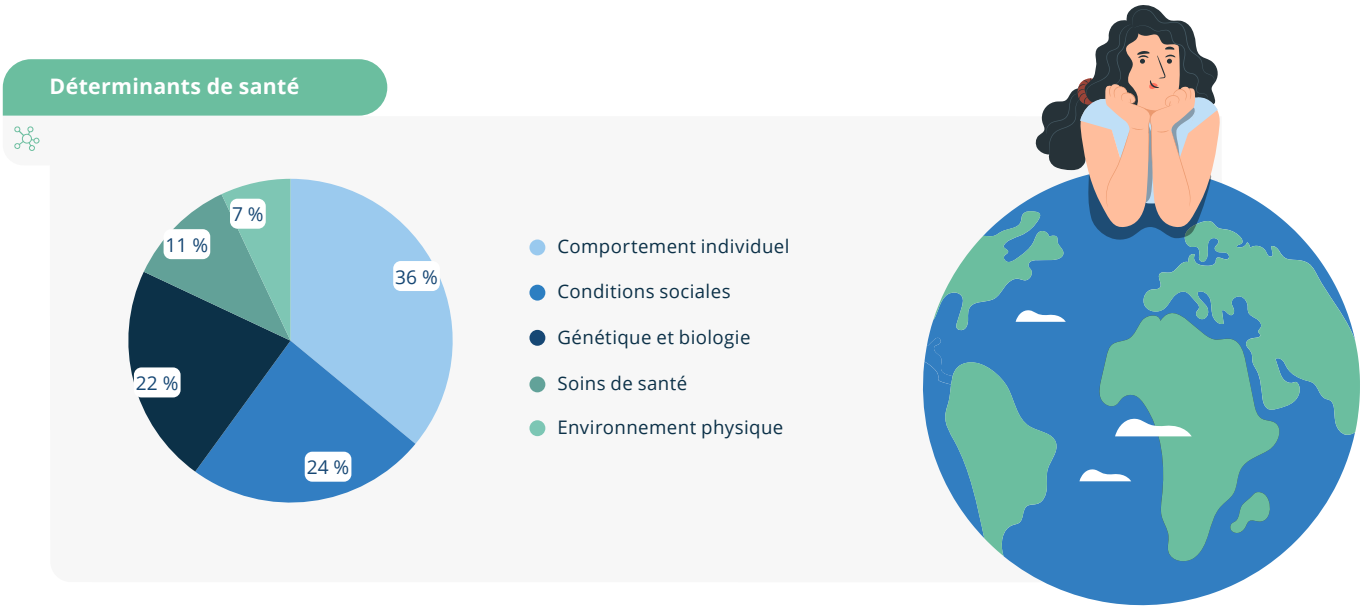
Au fil des ans, deux objectifs complémentaires des soins intégrés ont été identifiés, à savoir :
- plus de bien-être pour les professionnels actifs dans le secteur des soins et du bien-être
- un accès plus équitable aux soins de santé

Quintuple aim



En 2025, l'Institute for Healthcare Improvement a élargi ces objectifs en y ajoutant un sixième élément, à savoir la prise en compte de la durabilité et de l'environnement dans le secteur de la santé.[7]

Il est indispensable de tenir compte de l'ensemble des facteurs qui influencent la santé, tels que le contexte social ou les conditions de vie d'une personne. La recherche montre que les soins de santé ne déterminent que 11 % des résultats en matière de santé. L'hygiène de vie (par exemple, le tabagisme, les habitudes alimentaires, la consommation d'alcool ou l'activité physique) ainsi que les conditions de vie sociales et matérielles (telles que les revenus, le niveau d'éducation, le cadre de vie et le réseau social) représentent ensemble plus de 50 % des déterminants de la santé.[8] En impliquant activement les personnes dans la prise en charge de leur propre santé et en mettant fin au cloisonnement, tant au sein du secteur de la santé qu'en dehors de celui-ci, il est possible d'obtenir des gains significatifs en matière de santé. Cette idée fondamentale est également l'un des principes qui sous-tendent le Plan interfédéral pour les soins intégrés.



2.2.2 Intégration à différents niveaux (niveaux inférieurs)

Les éléments inférieurs du modèle de l'arc-en-ciel représentent les différents niveaux auxquels les soins doivent être intégrés pour parvenir à des soins de qualité et cohérents. Ils sont présentés ci-dessous, de l'extérieur vers l'intérieur.

2.2.2.1. Intégration systémique

Les soins intégrés commencent par une intégration systémique. Pour garantir des soins de qualité et intégrés, il est indispensable d'assurer une harmonisation au niveau du système. Cela implique des règles claires, une politique réfléchie et un financement adapté aux besoins de la population. C'est la base nécessaire pour permettre aux organismes de santé et aux prestataires de soins de travailler à la réalisation des mêmes objectifs.

L'intégration systémique est menée au **niveau macro**. Il s'agit du niveau des différentes autorités publiques chargées des politiques de santé et de protection sociale. Ce sont elles qui définissent la législation, assurent le financement et apportent un soutien, par exemple sous la forme de directives méthodologiques ou d'un accompagnement numérique, en vue de la mise en place de soins intégrés sur le terrain. Si le soutien est efficace à ce niveau, les niveaux inférieurs pourront collaborer de manière uniforme et avec un haut niveau de qualité.

7 Alami H, Lehoux P, Miller FA, Shaw SE, Fortin JP. An urgent call for the environmental sustainability of health systems: A 'sextuple aim' to care for patients, costs, providers, population equity and the planet. Int J Health Plann Manage. 2023 Mar;38(2):289-295. doi: 10.1002/hpm.3616. Published online 3 Feb. 2023. PMID: 36734815.

8 Determinants of health. Goinvo. 2020. Consulté sur https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health

En Belgique, le niveau macro pour la coordination de la politique en matière de soins intégrés est représenté par les administrations des autorités suivantes :

- **Autorités fédérales** : SPF Santé publique et INAMI
- **Communauté flamande :** Departement Zorg
- **Région wallonne** : Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ)
- **Région de Bruxelles-Capitale :** Vivalis, Iriscare et la Commission communautaire française (COCOF)
- **Communauté germanophone :** Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft
- **Communauté française :** Office de la naissance et de l'enfance (ONE)

Selon le sujet, d'autres administrations peuvent être amenées à intervenir.



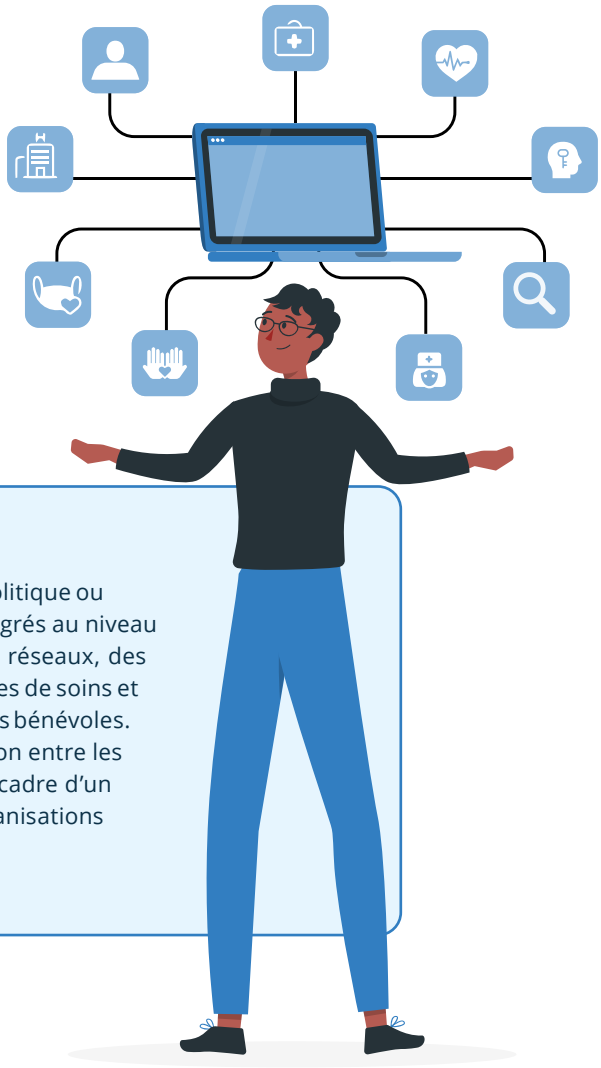
Comment l'intégration systémique est-elle mise en œuvre dans le cas de Nathalie et de sa famille ?

Grâce au programme périnatal. Il s'agit d'un programme interfédéral qui établit un cadre politique commun pour les prestataires de soins et d'aide sociale, leur permettant de collaborer autour d'une même famille (comme celle de Nathalie), quels que soient les niveaux de compétence. Ce programme encourage les prestataires de soins et d'aide à travailler côte à côte pour mettre en place des soins continus et intégrés, adaptés aux besoins des femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale et de leur famille.

2.2.2.2 Intégration organisationnelle et professionnelle

Sous le niveau systémique, on trouve le niveau des organisations et celui des prestataires de soins et d'aide.

- **L'intégration organisationnelle** consiste à mieux harmoniser le fonctionnement des organismes de soins et de bien-être (par exemple, les hôpitaux, les organismes de soins à domicile, les CPAS, etc.). Cela peut passer par des accords pour l'orientation, des projets conjoints ou une collaboration durable dans le cadre de certains thèmes, groupes cibles ou processus.
- **L'intégration professionnelle** porte sur la coordination et la collaboration entre les prestataires de soins et d'aide individuels.



L'intégration organisationnelle et professionnelle est portée et soutenue par **le niveau méso**. Il s'agit du niveau intermédiaire entre les individus (professionnels, citoyens) au niveau micro et la politique ou le système au niveau macro. Le niveau méso organise les soins intégrés au niveau locorégional. Il regroupe des organisations, des équipements, des réseaux, des caisses d'assurance maladie, des collectivités locales, des prestataires de soins et d'aide sociale, des associations de patients, des aidants proches et des bénévoles. Des accords sont conclus à ce niveau afin d'améliorer la collaboration entre les prestataires de soins et d'aide sociale. Cela se fait souvent dans le cadre d'un organisme-cadre interdisciplinaire, qui représente différentes organisations ou différents professionnels sur le terrain.

Dans le plan interfédéral pour les soins intégrés, ce niveau méso s'est vu confier cinq missions principales :

01 **Gestion de la population :** contribuer à adapter les soins et le soutien dans une région en fonction des besoins de la population locale. À partir des données récoltées et des analyses réalisées, des mesures sont mises en place pour améliorer la santé et anticiper les besoins à venir.

02 **Stimulation de l'intégration :** réunir les prestataires de soins et d'aide, soutenir la création de réseaux, faciliter les accords entre les organisations et encourager la collaboration interdisciplinaire et transmurale.

03 **Soutien à la gestion du changement :** contribuer à développer une culture des soins intégrés en diffusant les bonnes pratiques, en organisant des séances d'intervision, en informant les prestataires de soins et d'aide et en recueillant des témoignages.

04 **Soutien à la mise en œuvre :** encadrer la mise en œuvre des initiatives concrètes, telles que les programmes interfédéraux de soins intégrés.

05 **Évaluation et suivi :** assurer le suivi de la mise en œuvre des initiatives, identifier les points sensibles, recueillir les retours d'expérience sur le terrain et les transmettre aux niveaux micro et macro.

Dans chaque entité fédérée, il existe actuellement une organisation qui joue un rôle central dans le soutien aux soins intégrés au niveau méso. Le tableau ci-dessous présente un aperçu, pour chaque entité fédérée, des organismes au niveau méso qui exercent des fonctions structurantes dans l'organisation, la mise en œuvre et le suivi des soins intégrés.

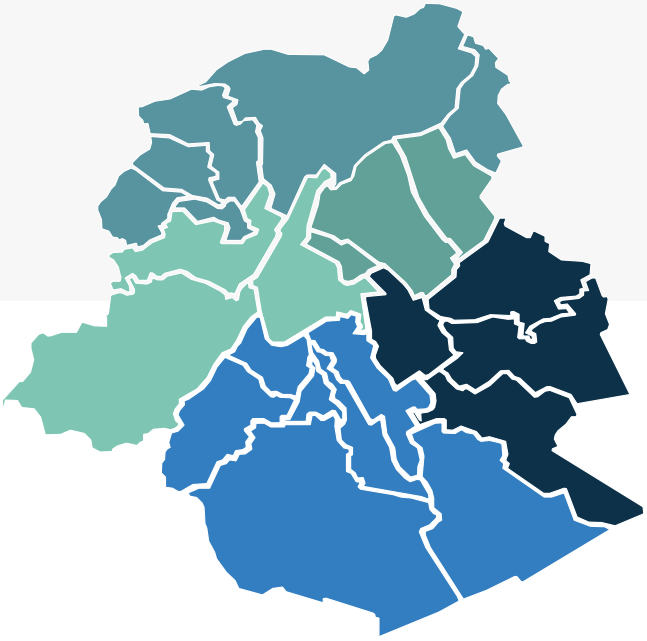
- Région de Bruxelles-Capitale : **Bassins d'aide et de soins**
- Région wallonne : **Organisations Locorégionales de Santé (OLS)**, qui sont encore en cours de création
- Communauté flamande : **Zorgraden (ZR),** actifs dans les zones de soins de première ligne. Par ailleurs, une délimitation des zones régionales de soins a récemment été définie comme un élément structurant de niveau supérieur et un cadre pour la coordination stratégique.
- Au sein de la Communauté germanophone, il n'existe pas de structures méso distinctes en raison de la taille de l'entité. Les missions y sont assurées par le ministère lui-même.

Ces organismes sont chargés d'organiser efficacement les soins de première ligne dans la région en question, en coordination avec les quartiers qui la composent et la région, afin que l'offre de soins et de soutien réponde de manière adaptée aux besoins de la population.

Région de Bruxelles-Capitale [9]

Structure méso	Bassins d'aide et de soins
Nombre	5 bassins
Taille/zone d'intervention	Max. 350 000 habitants (au moins 5 quartiers) par zone
Composition	Conseil d'action par bassin rassemblant les représentants suivants : • Acteurs publics comme les communes et le CPAS. • Secteur associatif (quelle que soit l'entité qui le reconnaît). • Professions libérales et acteurs paramédicaux, indépendants ou salariés. • Citoyens (ou leurs représentants)
Coordonnées des mésostructures	Coordination des zones de soins par Brusano https://www.brusano.brussels/bassins/

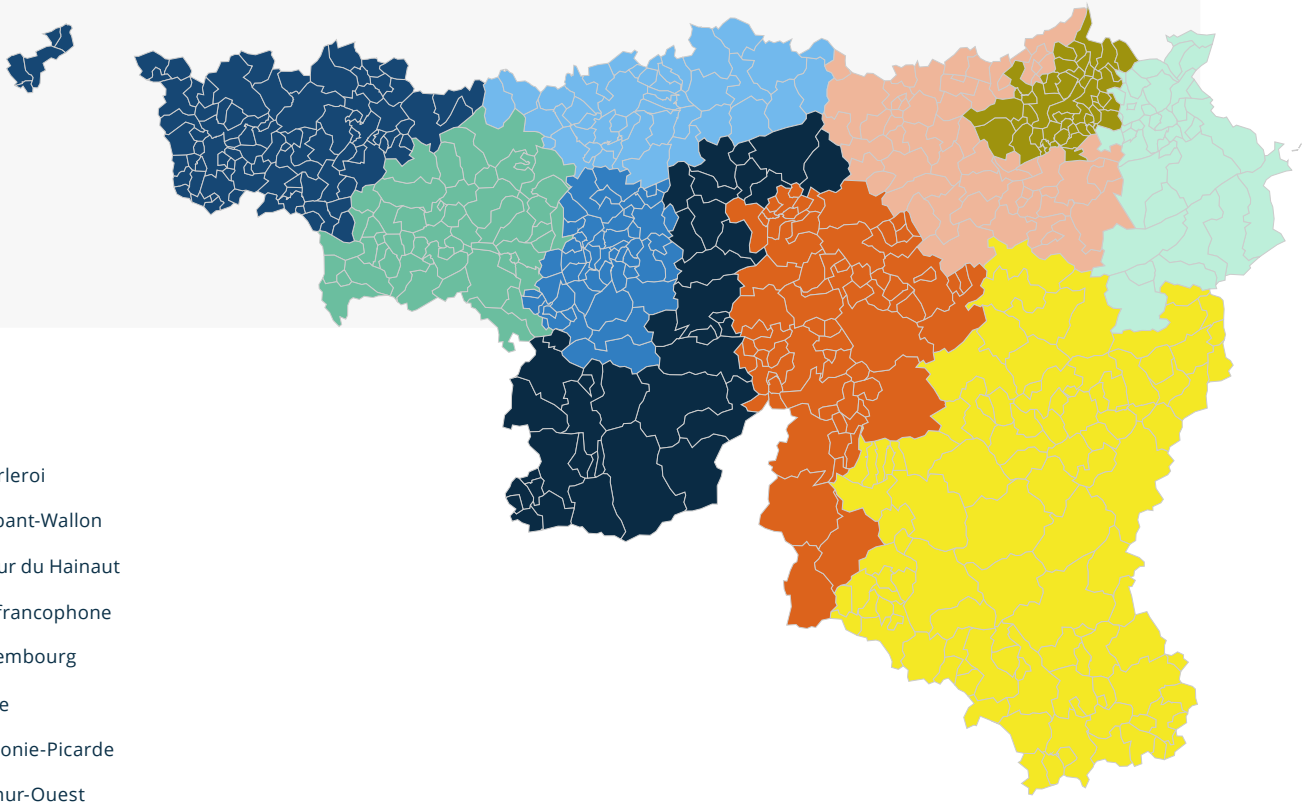
- Bassin Sud
- Bassin Centre-Ouest
- Bassin Nord
- Bassin Sud-Est
- Bassin Nord-Est



9 https://www.brusano.brussels/les-bassins-daide-et-de-soins/

Région wallonne

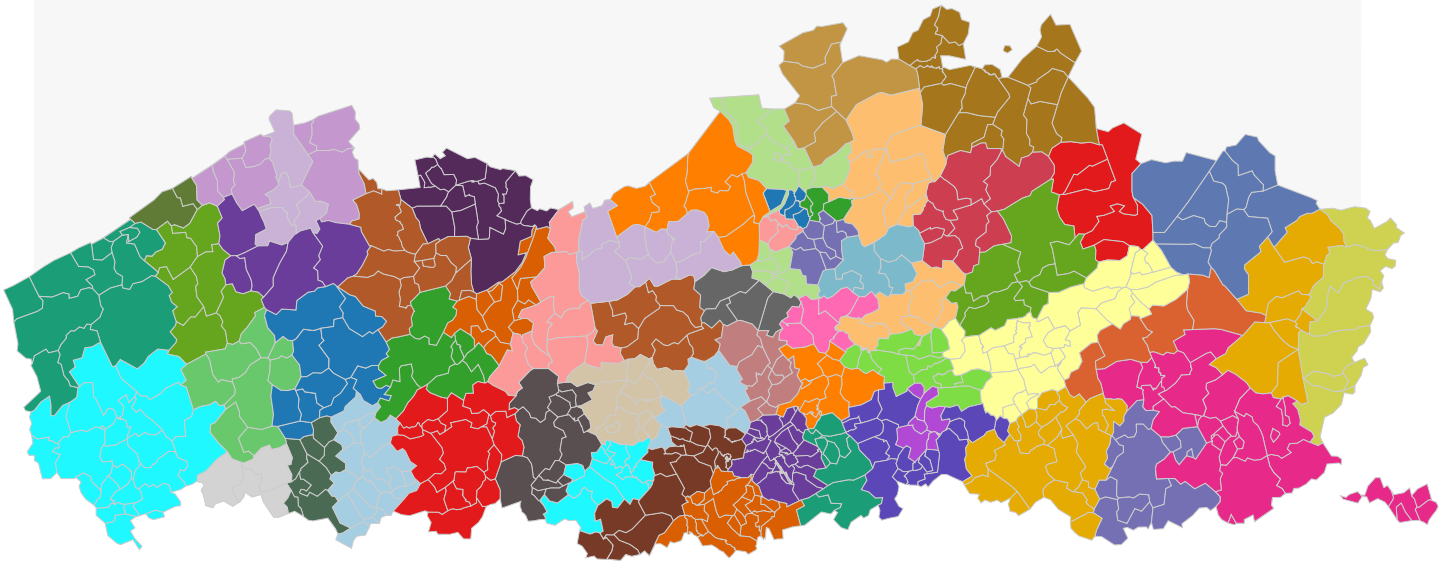
Structure méso	Organisations locorégionales de santé
Nombre	10 zones locorégionales
Taille/zone d'intervention	Entre 200 000 et 550 000 habitants par zone
Composition	Les consortiums de transition ont été sélectionnés à l'issue d'un appel à candidatures. Ces consortiums regroupent divers acteurs de première ligne et ont conclu des partenariats avec des hôpitaux par exemple
Coordonnées des mésostructures	https://www.aviq.be/fr/actualites/organisation-premiere-ligne-daccompagnement-et-de-soins



- Charleroi
- Brabant-Wallon
- Coeur du Hainaut
- Est-francophone
- Luxembourg
- Liège
- Wallonie-Picarde
- Namur-Ouest
- Namur-Est
- Huy-Waremme

Communauté flamande [10]

Mesostructure	Zorgraden
Number	60 zorgraden, 59 en Flandre et 1 à Bruxelles. Chaque zorgraad intervient dans une zone de soins de première ligne.
Size/Operating area	Au moins 60 000 habitants par zone et une ou plusieurs villes ou communes
Composition	Direction assurée par le conseil de soins, composé au minimum des acteurs suivants : • Administrations locales • Prestataires de soins de première ligne. • Associations de personnes ayant besoin de soins et de soutien. • Associations reconnues destinées aux aidants proches et aux bénéficiaires. • Établissements agréés, autorisés ou subventionnés par l'Agence flamande pour les personnes handicapées et par l'agence Opgroeien
Contact details of mesostructures	https://www.eerstelijnszone.be/



- AMALO
- Antwerpen Centrum
- Antwerpen Noord
- Antwerpen Oost
- Antwerpen Zuid
- Baldermore
- Bonstato
- BraViO
- Brugge
- BruZEL
- Dender
- Dender Zuid
- Demerland
- Druivenstreek
- Gent
- Haspengouw
- Herkenrode
- Houtland en Polder
- Kemp en Duin
- Kempenland
- Klein-Brabant Vaartland
- Kortrijk-Kuurne-Harelbeke
- Leuven
- Leuven Noord
- Leuven Zuid
- Maasland
- Mechelen-Katelijne
- Middenkempen
- Middenkust
- Midden WVL
- MidWestLim
- Noorderkempen
- Noord-Limburg
- Oostkust
- Oostende-Bredene
- Oost-Meetjesland
- Pajottenland
- Pallieterland
- Panacea
- Regio Aalst
- Regio Grimbergen
- Regio Menen
- Regio Waregem
- RITS
- Rupelaar
- Schelde en Leie
- Scheldekracht
- Vlaamse Ardennen
- Voorkempen
- Waasland Noord Oost
- Waasland Zuid-West
- WE40
- Westhoek
- Westkust & Polder
- West-Limburg
- West-Meetjesland
- Zennevallei
- ZORA
- Zuid-Oost Hageland
- Zuid-Oost Limburg
- Zuiderkempen

10 https://www.departementzorg.be/nl/eerstelijnszones-en-zorgraden

Il existe aussi en Belgique d'autres mésostructures qui s'inscrivent dans un cadre politique durable. Voici, ci-dessous, une liste (non exhaustive) de mésostructures existantes dont la mission est liée aux soins intégrés.

Réseaux hospitaliers [11]

Description

- Depuis le 1er janvier 2020
- Chaque hôpital fait partie d'un réseau hospitalier
- Objectif : utiliser les ressources de manière plus efficiente, partager les investissements et promouvoir l'expertise grâce à une répartition des tâches

Nombre

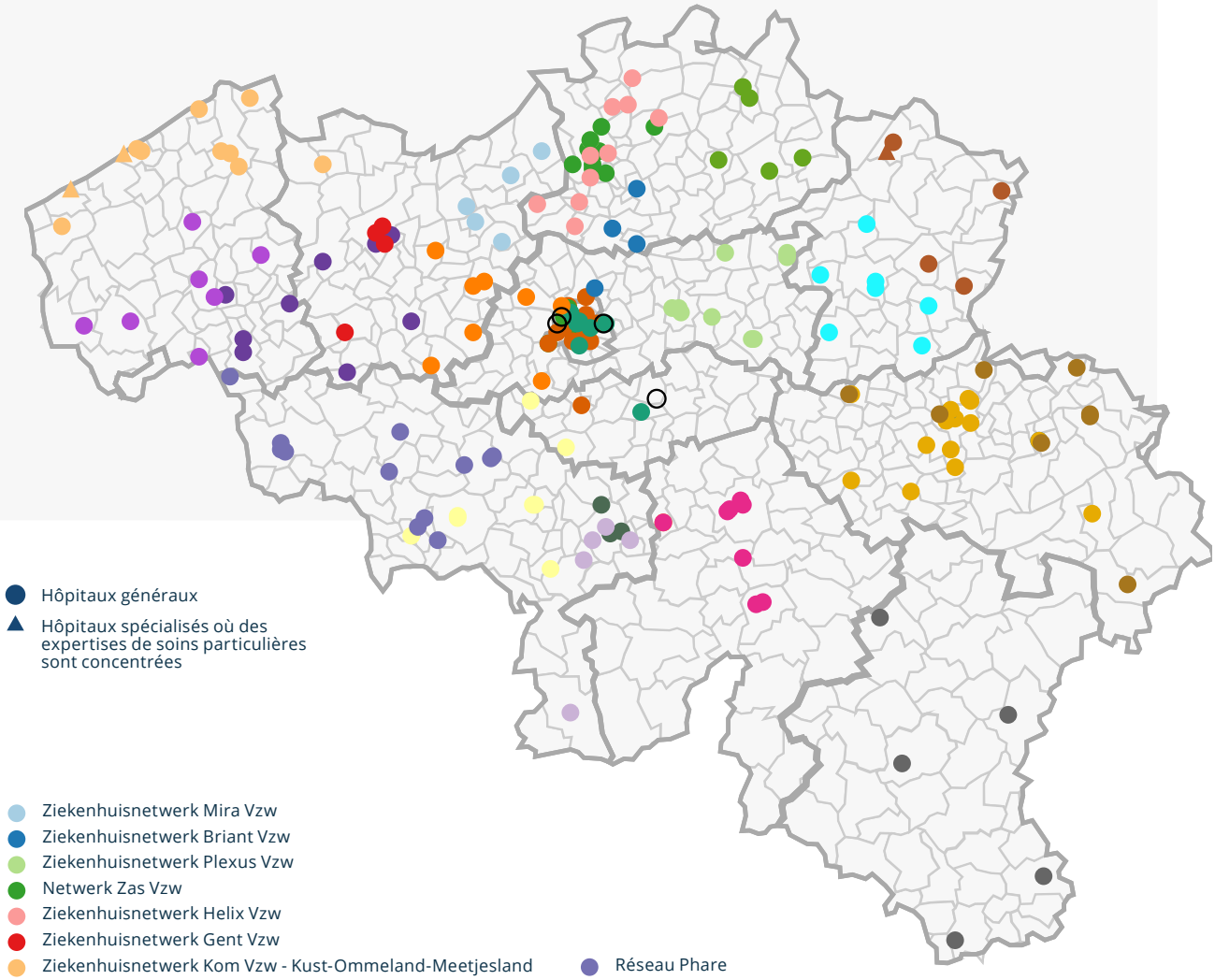
En 2026, 23 réseaux hospitaliers locorégionaux sont agréés en Belgique.

Taille/zone d'intervention

Sur la base du nombre de lits et de places agréés par hôpital. Le chiffre varie entre 991 et 4 462 lits et places agréés.

Composition

Hôpitaux généraux et universitaires



11 https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation

Réseaux dans les soins de santé mentale (SSM) pour adultes [12]

Description

- Lancement de la réforme des soins de santé mentale en 2010 avec la création de réseaux destinés aux adultes, y compris les personnes âgées
- Cinq fonctions : (1) promotion des SSM, prévention, dépistage précoce et intervention précoce ; (2) équipes de soins mobiles ; (3) réhabilitation psychosociale ; (4) unités intensives résidentielles spécialisées en soins de santé mentale ; et (5) structures d'hébergement et formules de séjour spécifiques.

Nombre

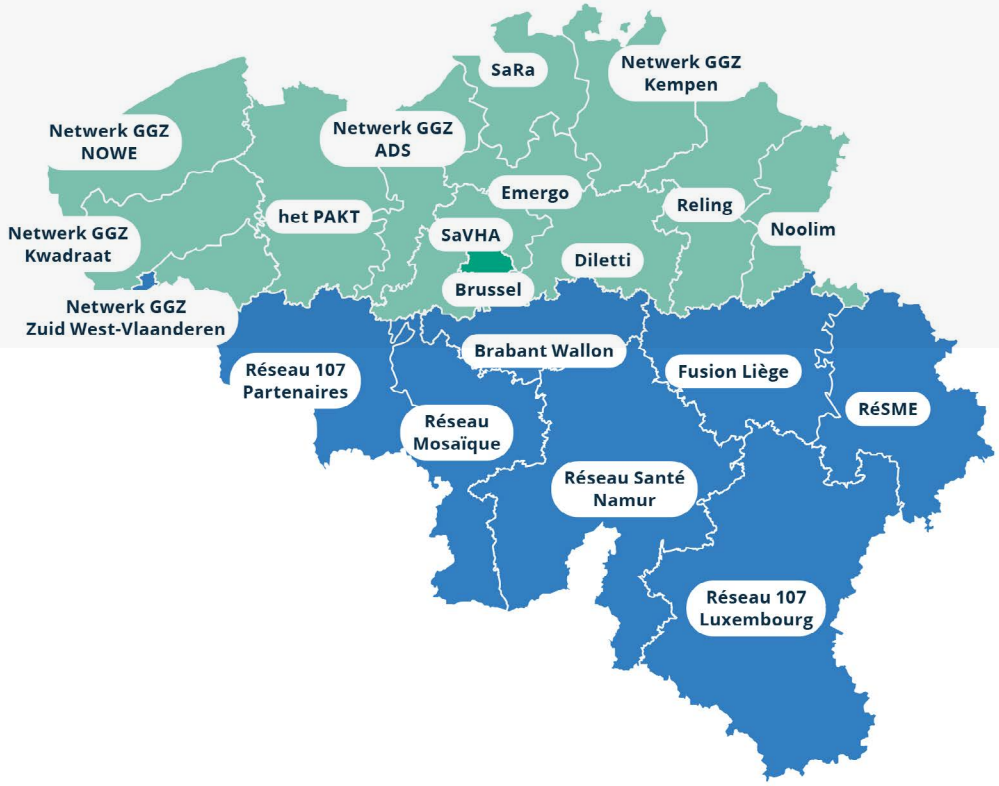
20 réseaux de SSM pour adultes

Taille/zone d'intervention

Zone d'intervention définie par le réseau en fonction des besoins et de l'offre disponible.

Composition

Un réseau englobe l'ensemble de l'offre de SSM et les secteurs associés au sein d'une zone d'intervention définie par ses membres. Un réseau est piloté par un coordinateur de réseau.



12 https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/soins-en-sante-mentale/soins-de-sante-mentale-pour-adultes/Réseaux-dans-les-soins-de-sante-mentale-pour-adultes

Réseaux dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescents [13]

Description

Réseaux de soins de santé mentale pour les enfants et adolescents (réseaux SMEA) s'adressant aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes, âgés de 0 à 23 ans.

Nombre

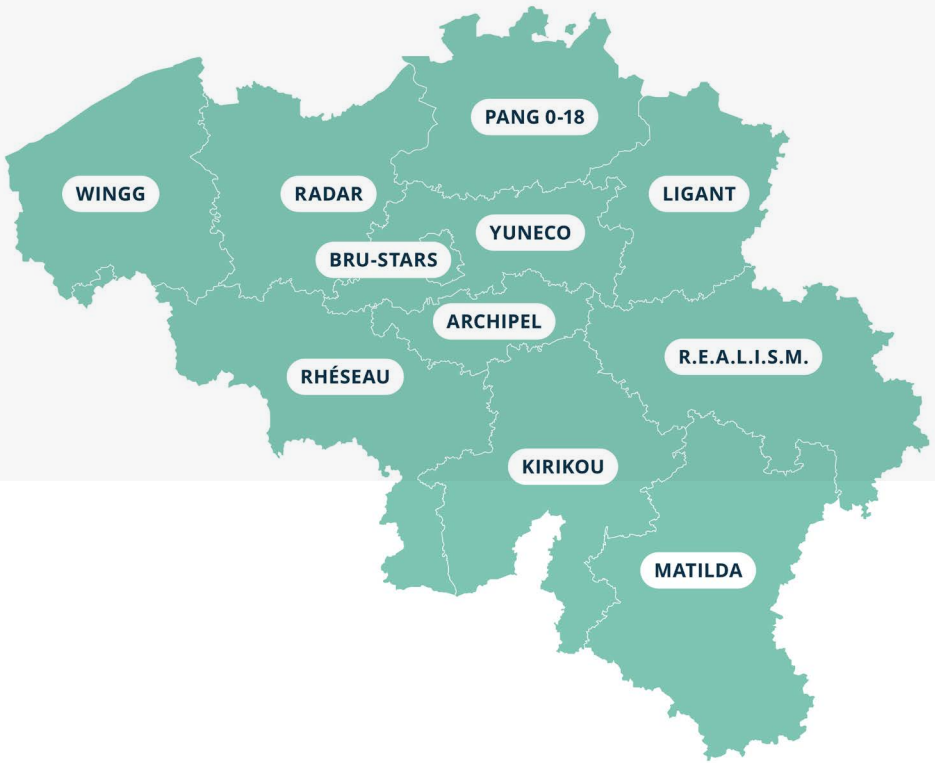
11 réseaux SMEA.

Taille/zone d'intervention

Les zones d'intervention coïncident avec les territoires des provinces et de la Région de Bruxelles-Capitale.

Composition

Chaque réseau se compose de tous les acteurs, services, institutions, prestataires de soins et d'aide, etc. des secteurs concernés (soins de santé mentale, soins de santé au sens large et champ social) qui travaillent ensemble et coordonnent leurs politiques.



13 https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/soins-en-sante-mentale/soins-en-sante-mentale-pour-les-enfants-et-les-adolescents/Réseaux-dans-les-soins-de-sante-mentale-pour-enfants-et-adolescents



Quel est le rôle du niveau méso dans le cas de Nathalie et de sa famille ?

Pour permettre une prise en charge intégrée de Nathalie et de sa famille, il est nécessaire que les différents prestataires de soins et d'aide, tant dans le secteur de la santé que dans celui du bien-être, collaborent entre eux.

Les organisations du niveau méso mentionnées précédemment – Brusano et les bassins d'aide et de soins, les Organisations locorégionales de santé (OLS) et les Eerstelijnszones (ELZ) – jouent à cet égard un rôle d'encadrement et de liaison. En vue de la mise en œuvre du programme périnatal, les mésostructures organisent au niveau local des groupes de travail réunissant l'ensemble des prestataires de soins et d'aide concernés afin de définir des accords de coopération clairs. Ces groupes de travail définissent le rôle que peut jouer chacun des professionnels de santé et d'accompagnement pour les femmes enceintes et leur famille. Dans le cas de Nathalie, grâce au travail mené au niveau méso, les prestataires de soins et d'aide qui l'entourent se connaissent déjà, ont noué des liens et collaborent aisément.

Le niveau méso utilise les données chiffrées disponibles pour dresser un état des lieux de la situation dans chaque domaine de compétence. Cela donne aux différents acteurs, par exemple, une idée du nombre de femmes qui accouchent chaque année dans la région en question, de l'hôpital où ces femmes accouchent et des vulnérabilités psychosociales les plus courantes. De plus, de nombreuses informations sont recueillies lors d'entretiens avec les prestataires de soins et d'aide locaux, ainsi qu'avec les femmes enceintes elles-mêmes. Grâce à ces informations, le niveau méso peut adapter de manière optimale les soins et le soutien dans la région concernée en fonction des besoins qui ont été identifiés.

Enfin, voici quelques conseils qui permettront aux professionnels actifs au niveau méso de mettre en place des soins intégrés :

Recommandations au niveau méso pour l'organisation des soins intégrés

- Basez-vous autant que possible sur les besoins des habitants de la région en matière de soins et de soutien, afin que l'offre réponde aux vrais besoins de la population.
- Cherchez à dresser une vue d'ensemble claire de l'offre régionale de soins afin de faciliter la coopération et la coordination.
- Rassemblez différents secteurs et identifiez les domaines où il est possible de mettre en place des objectifs communs et une responsabilité partagée.
- Facilitez le travail en équipe interdisciplinaire afin de mieux tirer parti de l'expertise existante.
- Encouragez la participation des patients et des aidants proches afin que leurs expériences et leurs points de vue contribuent à orienter la réflexion.
- Favorisez l'amélioration de la qualité sur le terrain, en permettant l'apprentissage, la réflexion et la correction.

Points d'attention au niveau méso pour l'organisation des soins intégrés

- Essayez de ne créer de nouvelles structures (nouvelles ASBL par exemple) que si cela est vraiment nécessaire et adoptez avant tout une approche axée sur le réseau.
- Évitez un processus trop top-down et impliquez activement les acteurs locaux dans les décisions et leur mise en œuvre.
- Ne vous limitez pas à une approche uniforme, mais accordez de la place aux différences régionales et aux solutions sur mesure.
- Essayez de briser les cloisonnements sectoriels en encourageant la coopération et le partage des points de vue.

2.2.2.3 Intégration clinique

Au niveau le plus bas de l'arc-en-ciel, on trouve l'intégration des « services », c'est-à-dire la coordination des soins et du soutien proprement dits pour une personne donnée. Il s'agit de coordonner différentes interventions, par exemple à l'aide de lignes directrices interdisciplinaires, de trajets de soins ou de programmes interfédéraux.

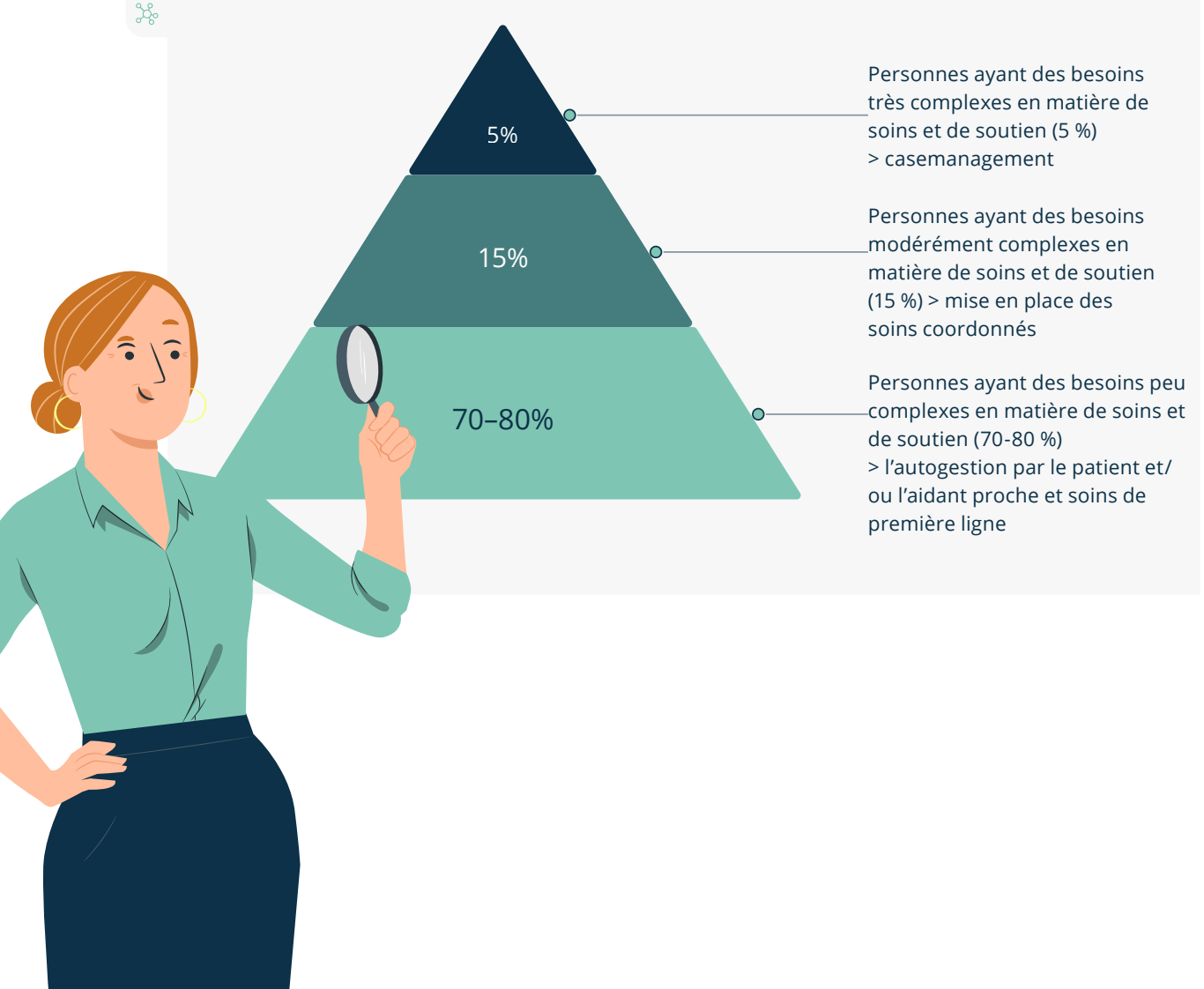
L'intégration des services ou des soins et du soutien concrets s'effectue au **niveau micro**. Le niveau micro concerne les soins et le soutien organisés directement pour et avec les individus ou les groupes locaux. C'est à ce niveau que l'équipe interdisciplinaire collabore avec la personne elle-même et son entourage. Les équipes de quartier et de proximité travaillent également à ce niveau. La personne, avec ses besoins et ses objectifs personnels, est toujours placée au centre de la réflexion. Les prestataires de soins et d'aide coordonnent leur action afin de travailler de la manière la plus intégrée, la plus centrée sur la personne et la plus ciblée possible.

Quels soins et quel soutien pour qui ?

Le principe de base est simple : tout le monde n'a pas besoin d'une prise en charge aussi étendue ou aussi intensive, et les soins sont plus efficaces lorsqu'ils sont dispensés de manière proportionnée et ciblée.

L'organisme de santé américain Kaiser Permanente a mis au point un modèle qui montre comment organiser au mieux les soins en fonction des besoins de la population en matière de santé.

Répartition de la population et organisation des soins coordonnés



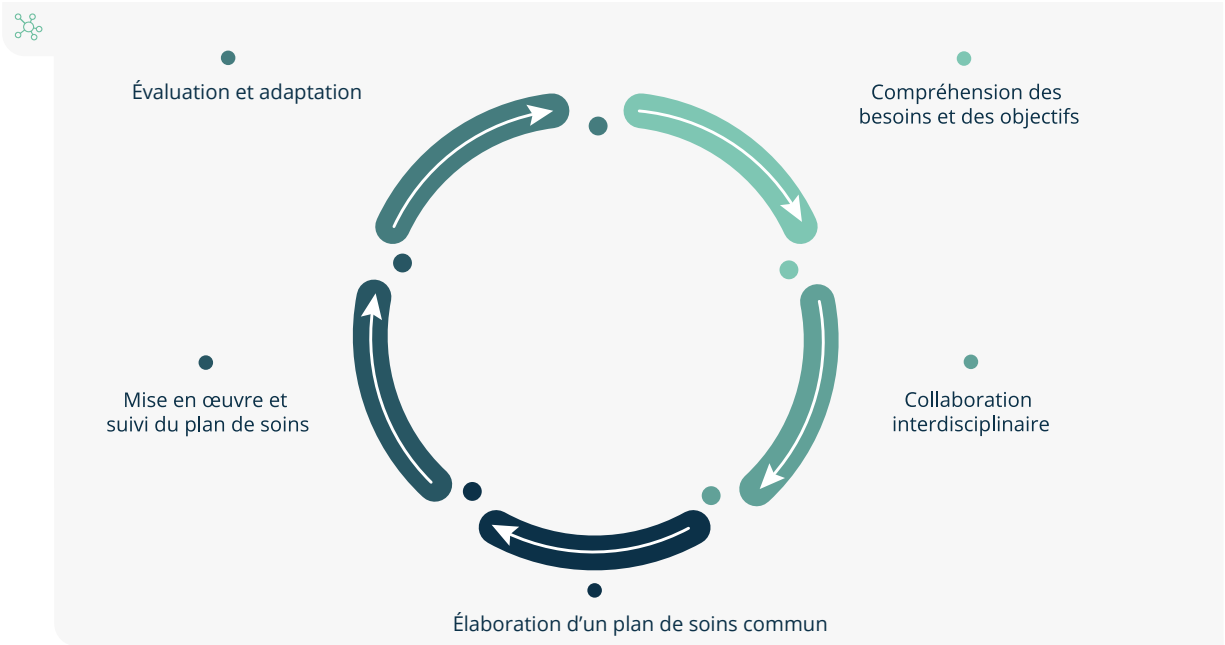
Cette pyramide comporte trois niveaux. La base de la pyramide regroupe le plus grand nombre de personnes, à savoir la **population en bonne santé et les personnes ayant des besoins peu complexes en matière de soins et de soutien.** Ces personnes ont généralement besoin de peu de soins et n'ont que des contacts occasionnels avec les prestataires de soins et d'aide de première ligne. Pour ce groupe, l'accent doit être placé sur la prévention, les soins autonomes et l'autogestion, dans le but d'éviter les problèmes ou de les limiter, et ainsi éviter de devoir recourir à des soins plus intensifs. Ces personnes coordonnent leurs soins et leur suivi seules. Il est important de miser autant que possible sur la promotion de la santé et la prévention, afin que les personnes puissent rester le plus longtemps possible au bas de la pyramide.

Le niveau intermédiaire regroupe **les personnes ayant des besoins plus complexes en matière de soins et de soutien** (par exemple, les personnes ayant plusieurs problèmes de santé, des affections chroniques instables, ou une combinaison de besoins médicaux, psychologiques et sociaux). Ces personnes ont besoin d'un accompagnement régulier et sont souvent suivies par plusieurs professionnels. Au sein de ce groupe, il est essentiel d'éviter la fragmentation des soins et de veiller à une collaboration étroite entre les professionnels de santé et d'accompagnement autour des objectifs et des priorités de la personne. Cela permettra d'éviter que la situation de cette personne ne devienne plus complexe. La coordination des soins et de l'accompagnement est assurée par un professionnel de santé et d'accompagnement.

Au sommet de la pyramide se trouve un groupe restreint, mais vulnérable de **personnes ayant des besoins très complexes.** Cela exige des soins intensifs, souvent spécialisés et interdisciplinaires. Dans ces situations, il est surtout nécessaire d'instaurer la stabilité, d'améliorer la qualité de vie et d'éviter les crises et les escalades inutiles. Le groupe situé au sommet de la pyramide est sans doute celui dont la qualité de vie est la plus affectée et il représente une large part des dépenses de notre système belge d'assurance maladie.[14] Ici, une coordination intensive des soins ou une gestion des cas est souvent nécessaire.

Les soins intégrés pour une personne, expliqués en termes simples

Nous expliquons ci-dessous comment s'articulent **les soins intégrés pour une personne en 5 étapes simples**. Cette description s'appuie sur le plan interfédéral pour les soins intégrés, qui met l'accent sur la collaboration entre les prestataires de soins et d'aide travaillant autour de la personne en utilisant un plan de soins conjoint et une approche intégrée.



14 Mutualités libres, 2025. Concentration des dépenses de soins de santé en 2023 et son évolution depuis 2014. Récupéré depuis https://www.mloz.be/sites/default/files/ressources/20250401_Etude_Concentration_des_d%C3%A9penses_de_soins_de_sant%C3%A9_en_2023_et_son_%C3%A9volution_depuis_2014.pdf



Comprendre les besoins et les objectifs

Les soins intégrés sont toujours centrés sur la personne et axés sur la réalisation d'objectifs. Cela signifie que les besoins comme les objectifs de la personne occupent une place centrale dans le cadre des soins intégrés. Les soins et le soutien sont adaptés en fonction des besoins et des objectifs propres à chaque individu.

Les soins centrés sur la personne se basent sur les besoins, les capacités, les valeurs et les préférences de la personne. Cette analyse se fait toujours d'un point de vue biopsychosocial. Elle ne se limite donc pas aux seuls aspects médicaux ou au diagnostic, mais elle tient également compte des facteurs psychologiques, sociaux et contextuels qui influent sur le fonctionnement et le bien-être de la personne. Cette approche reconnaît le lien entre les problèmes de santé et les problèmes sociaux.

Les soins ciblés apportent un complément d'information, puisqu'ils mettent explicitement l'accent sur ce que la personne souhaite obtenir. Les objectifs de soins et de vie sont définis en concertation avec la personne concernée (et, le cas échéant, avec ses proches et les prestataires de soins et d'aide sociale) et orientent les soins et le soutien qui lui seront proposés. Il ne s'agit pas seulement d'objectifs médicaux, mais aussi d'objectifs en matière de qualité de vie, de participation, d'autonomie et de fonctionnement au quotidien. La définition de ces objectifs permet d'adapter les soins aux besoins, mais aussi à ce qui a du sens pour la personne. Les objectifs de vie orientent les objectifs de soins.



Collaboration interdisciplinaire

Lorsque les besoins deviennent plus complexes, plusieurs professionnels de santé et d'accompagnement interviennent. Avec la personne (et son entourage), ils forment une seule équipe de soins, collaborent étroitement et échangent des informations afin d'assurer des soins centrés sur la personne et orientés vers ses objectifs.



Élaboration d'un plan de soins conjoint

Un plan de soins conjoint est établi lorsque de nombreux soins sont nécessaires ou lorsque la personne concernée ou l'aidant proche en fait la demande. Ce plan décrit différents éléments :

- Objectifs de soins et de vie
- Actions
- Rôles et responsabilités
- Timing

Le plan de soins apporte à tous les intervenants des précisions et des orientations concernant les soins et le soutien à fournir.

Mise en œuvre et suivi du plan de soins

L'équipe de soins met en œuvre le plan et en assure le suivi. La coordination des soins est alors essentielle : elle permet de garantir la cohérence des soins et d'éviter leur morcellement. La coordination des soins peut être assurée par :

- la personne elle-même
- un aidant proche
- un prestataire de soins ou de soutien de l'équipe de soins

Lorsque les besoins sont complexes et que la personne concernée ou l'aidant proche ne peut pas s'en charger lui-même, un coordinateur de soins est désigné. Ce prestataire de soins ou d'aide assure la coordination et veille à ce que les soins soient bien harmonisés.



Dans les situations très complexes, il est possible de faire appel à un case manager.

Un case manager :

- occupe une fonction externe et ne fait donc pas partie de l'équipe de soins
- apporte une aide temporaire (aussi brève que possible et aussi longue que nécessaire) en analysant la situation dans son ensemble
- définit clairement la problématique
- accompagne l'équipe et la personne dans la recherche de solutions

Il est également possible de faire appel à un case manager lorsqu'il n'y a pas encore d'équipe de soins (rôle d'initiateur). Ces deux fonctions visent à garantir des soins et un soutien bien organisés et coordonnés.

- veille à ce que le problème existant soit clairement défini
- guide l'équipe et l'individu dans la recherche de solutions

Un casemanager peut également être sollicité lorsqu'une équipe de soins n'a pas encore été mise en place (jouant ainsi un rôle d'initiation). Les deux rôles visent à garantir des soins et un accompagnement coordonnés et bien organisés.



Évaluation et modification

L'équipe de soins évalue régulièrement la mise en œuvre du plan de soins. Si nécessaire, le plan de soins est adapté afin de mieux répondre à l'évolution des besoins. Si le processus de soins et de soutien s'avère inefficace, la coordination des soins est modifiée (par exemple, en confiant le dossier à un prestataire de soins et d'aide) ou un case manager est sollicité.



Que signifient concrètement les soins intégrés pour Nathalie et sa famille ?

Les soins intégrés nécessitent non seulement une collaboration entre prestataires de soins et d'aide, mais aussi une collaboration avec la famille de Nathalie. Les soins et le soutien doivent se baser sur les besoins et les objectifs de la famille.

À l'hôpital, la sage-femme fait passer à Nathalie le test de vulnérabilités psychosociales de Born in Belgium Pro, un outil de dépistage numérique destiné aux prestataires de soins et d'aide. Les vulnérabilités suivantes sont mises en évidence : difficultés financières, problèmes de logement et troubles de santé mentale. Nathalie a le sentiment qu'on l'écoute et que ses difficultés psychologiques et financières sont prises en compte.

Un entretien de conseil permet de discuter des résultats du dépistage et d'examiner avec Nathalie comment aborder ces difficultés et quels professionnels faire intervenir. Les soins et le soutien nécessaires sont mis en place en fonction des besoins identifiés. Nathalie a ainsi le sentiment que les soins et le soutien sont adaptés à ses besoins, c'est-à-dire qu'ils sont centrés sur sa personne et ciblés.

Au cours de cet entretien, la sage-femme propose de désigner un coordinateur ou une coordinatrice de soins. Nathalie accepte que la coordination des soins soit assurée par une assistante sociale de l'hôpital, car elle ne se sent pas prête à assurer cette tâche elle-même. La coordinatrice de soins veille à ce que Nathalie bénéficie de soins et d'un soutien adaptés et personnalisés. Nathalie bénéficie ainsi de la continuité des soins.

Une équipe de soins est mise en place autour de Nathalie sur la base de ses besoins et des résultats de son dépistage : Nathalie est orientée vers le CPAS de sa commune pour un entretien d'évaluation sociale et financière. Elle reçoit en plus les coordonnées d'un psychologue de première ligne dans son quartier. La coordinatrice des soins assure le suivi des soins et de l'aide et les adapte lorsque les besoins évoluent, par exemple au cours de la grossesse et pendant la période postnatale.

Un deuxième entretien de conseil a lieu au cours du troisième trimestre de la grossesse de Nathalie. La discussion est l'occasion d'évaluer le déroulement des soins et du soutien et l'évolution des difficultés qui ont été précédemment détectées. Cet entretien permet également d'aborder la question de l'accouchement et de la période postnatale et de s'y préparer.

Comme le montre le cas de Nathalie, les soins intégrés ne se limitent pas à une intervention isolée. Cette approche permet au contraire d'adapter les soins et le soutien en fonction des besoins d'une personne et de sa famille, tout en mettant l'accent sur la continuité, la collaboration et l'autonomie.

Voici, enfin, quelques conseils afin que les prestataires de soins et d'aide puissent proposer des soins intégrés :

Recommandations au niveau micro

- Essayez autant que possible de vous baser sur les besoins biopsychosociaux de la personne et de son entourage, afin que les soins et le soutien correspondent à leur cadre de vie.
- Impliquez la personne en en faisant un partenaire actif dans le processus de soins et de soutien, et laissez-lui, dans la mesure du possible, la possibilité de prendre elle-même sa vie en main et de faire preuve d'autonomie.
- Collaborez avec d'autres prestataires de soins et d'aide dans le cadre d'une approche interdisciplinaire, afin que les compétences et les points de vue se renforcent mutuellement.
- Efforcez-vous de travailler autant que possible en vous appuyant sur des données probantes, en accordant une attention particulière à ce qui s'avère efficace dans la pratique.
- Cherchez activement à établir des liens entre les soins et le bien-être, afin que l'accompagnement puisse être proposé de manière plus large et plus intégrée.

Points d'attention au niveau micro

- Tenez compte du contexte de vie global de la personne et des aidants proches, afin que les soins ne soient pas déconnectés de leur réalité quotidienne.
- Ne limitez pas l'échange d'informations avec cette personne au strict nécessaire, mais laissez place au dialogue et aux explications.
- Ne vous concentrez pas uniquement sur les soins curatifs, mais tenez également compte de la prévention, du bien-être et du soutien à long terme.
- Ne considérez pas la planification des soins comme une simple tâche administrative, mais comme un outil permettant de mettre en place des soins ciblés et adaptés.
- Ne prenez pas de décisions à la place de la personne, mais aidez-la à jouer un rôle actif dans le processus de soins et de soutien.

2.2.3 Conditions préalables pour les soins intégrés (niveau de base)

Sous l'arc-en-ciel, on trouve une série de conditions préalables nécessaires à la bonne mise en œuvre des soins intégrés.

Conditions fonctionnelles ou strictes

Il s'agit ici des aspects pratiques et techniques de l'organisation des soins intégrés, tels que :

- Systèmes informatiques harmonisés
- Financement conjoint
- Politique du personnel
- Planification et coordination

En Belgique, trois grands points d'attention sont à mentionner en ce qui concerne les conditions strictes :

1. Il n'existe pas de dossier médical patient électronique intégré unique.
2. Le financement des soins de santé se fait principalement à la prestation
3. Les prestataires de soins et d'aide travaillent encore souvent séparément, de manière cloisonnée ou dans des cabinets individuels.

Ces obstacles peuvent être surmontés, notamment par la mise en place de trajets de soins financés et organisés de manière adaptée qui remédient au morcellement et par l'utilisation des outils numériques requis. Diverses initiatives sont mises en œuvre dans cet objectif.

Conditions normatives ou favorables

Ces conditions désignent les valeurs et la vision que doivent partager les prestataires de soins et d'aide ou les organisations. Il s'agit notamment des éléments suivants :

- Confiance et transparence
- Mission et objectifs communs
- Une culture informelle et collaborative

La présence d'un niveau méso qui facilite la mise sur pied de réseaux et la définition d'une vision partagée entre les acteurs au sein d'une région donnée s'avère utile.



Quelles sont les conditions préalables à prendre en compte dans le cas de Nathalie et de sa famille ?

- **Conditions strictes**
  - *Outil de dépistage numérique (Born in Belgium pro) accessible aux prestataires de soins et d'aide, qui permet de collaborer, de partager des informations et de prévoir une orientation adaptée vers les soins et le soutien*
  - *Prévoir un financement pour le dépistage, les entretiens de conseil, la coordination et la collaboration*

- **Conditions favorables**
  - *Avoir un objectif commun pour améliorer les soins et le soutien proposés aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale*
  - *Mettre à disposition des coaches d'implémentation qui apprennent aux prestataires de soins et d'aide sur le terrain à collaborer et à appliquer le programme dans une optique d'approche intégrée.*

3 VALEUR AJOUTÉE DES SOINS INTÉGRÉS : QUELS SONT LES AVANTAGES ?

Une évaluation solide des soins intégrés combine des données objectives, les expériences des patients et des professionnels de santé, ainsi que des enseignements organisationnels

Seul un cabinet de soins primaires sur deux en Belgique semble prêt à assurer une coordination optimale des soins

€

Un financement inadapté demeure le principal obstacle au développement de davantage de soins intégrés

Les soins intégrés donnent des résultats : une meilleure qualité de vie, moins d'hospitalisations et moins de besoins de soins non satisfaits



L'évaluation des soins intégrés est compliquée par le fait qu'ils ont des répercussions dans différents domaines (par exemple, cliniques, sociaux, financiers, organisationnels). Le Quintuple Aim, présenté au chapitre 2, sert de fil directeur lors de cette évaluation.

Les résultats pour les patients (par exemple amélioration de la santé ou satisfaction) sont souvent utilisés pour démontrer la valeur ajoutée des soins intégrés. Mais les évaluations portent aussi souvent sur les résultats des programmes de soins intégrés en termes de consommation de soins (par exemple, le nombre d'admissions d'urgence) ou sur leurs effets organisationnels (par exemple, l'évolution de la collaboration entre les prestataires de soins et d'aide, l'élaboration de plans de soins). Une évaluation rigoureuse des soins intégrés associe dès lors des données chiffrées, les témoignages des patients ou des prestataires de soins et d'aide ainsi que des analyses organisationnelles.

Le Handbook of Integrated Care [15] souligne toutefois qu'il est difficile, voire impossible, d'évaluer les soins intégrés dans leur ensemble. La notion de soins intégrés recouvre un champ très large et de nombreux facteurs (externes) contribuent à son succès. De plus, les données sont souvent fragmentées, car les informations proviennent de différents prestataires de soins et d'aide ou d'organisations utilisant des systèmes différents. Il est recommandé de mesurer plutôt l'impact des éléments clés qui contribuent à la mise en place de soins intégrés, tels que le renforcement des soins de première ligne, les soins transmuraux, les soins ciblés, le dépistage proactif ou la coordination des soins. L'OMS a identifié cinq stratégies clés liées aux soins centrés sur la personne et intégrés : l'autonomisation et l'implication des personnes, le renforcement de la gouvernance et du sens des responsabilités, la réorientation du modèle de soins, les services de coordination et la création d'un environnement favorable. [16]

3.1 Preuves internationales



Les données internationales disponibles sont clairement favorables aux soins intégrés en ce qui concerne l'accessibilité et la continuité des soins en première ligne, le recours à l'hôpital, ainsi que les résultats et les expériences des patients. Une meta-review portant sur 27 examens systématiques a mis en évidence, dans la plupart de ces examens, les effets positifs des soins intégrés: diminution du nombre d'hospitalisations et de réadmissions, meilleure observance thérapeutique des patients et amélioration de la qualité de vie perçue.[17]

En ce qui concerne les répercussions financières, il existe moins de données indiquant une baisse des coûts due à la mise en place des soins intégrés. Les soins intégrés nécessitent un changement d'approche sur le terrain, ce qui requiert souvent, dans un premier temps, des moyens supplémentaires pour mener à bien cette transition. Une réduction des coûts a surtout été constatée pour les études menées sur une période de plus d'un an.[18]

Aux États-Unis, une réduction significative des coûts a été constatée dans le cadre des « Accountable Care Systems» [19]. Les « Accountable Care Systems » sont des groupes composés de médecins, d'hôpitaux et d'autres prestataires de soins qui concluent un accord avec une caisse d'assurance maladie et collaborent afin de proposer des soins coordonnés et de haute qualité aux affiliés de cette caisse. Les économies réalisées grâce à la coordination des soins de haute qualité sont réparties entre les différents partenaires. De cette manière, les prestataires de soins sont rémunérés non seulement pour les soins qu'ils dispensent aux patients, mais aussi pour les soins proactifs qu'ils donnent pour la prévention des maladies, des complications ou des rechutes. En Europe aussi, on trouve déjà des exemples d'économies de coûts. En Allemagne, l'approche de « Gesundes Kinzigtal » en matière de soins intégrés a permis de réaliser des économies sans perte de qualité pour les soins proposés. Ce système encourage les prestataires à améliorer la prévention et la coordination des soins, et les économies réalisées (shared savings) sont également réparties entre les prestataires concernés. [20]

15 E. Nolte, Evidence supporting integrated care, editors V. Amelung, V. Stein, E. Suter, N. Goodwin, E. Nolte, R. Balicer (Eds.), Handbook integrated care, Springer International Publishing, Cham (2021), pp. 39-52

16 World Health Organization. (2015). People-centred and integrated health services: An overview of the evidence. Interim Report. Geneva: World Health Organization.

17 Nahara Anani Martínez-González, Peter Berchtold, Klara Ullman, André Busato, Matthias Egger, Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review, International Journal for Quality in Health Care, Volume 26, Issue 5, October 2014, Pages 561–570, https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu071

18 Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A. et al. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. Eur J Health Econ 21, 1211–1221 (2020). https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5

19 https://www.advisory.com/daily-briefing/2025/09/09/aco-savings

20 Healthy Kinzigtal Programme in Germany: case study. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023.

3.2 Initiatives nationales d'évaluation



La Belgique s'efforce elle aussi, depuis des années, d'évaluer les soins intégrés.

L'étude du KCE de 2022 (voir plus haut) s'est intéressée au degré de maturité des soins intégrés en Belgique tel qu'il est perçu par les professionnels sur le terrain.[21]

Cette étude a toutefois révélé que, selon les professionnels interrogés, les soins intégrés en sont encore peu matures en Belgique. Les professionnels ont identifié les mécanismes actuels de financement du système de santé comme le principal obstacle au développement des soins intégrés. En effet, les financements liés à la prestation n'encouragent pas une approche interdisciplinaire, centrée sur la personne ou axée sur la santé. Les enquêtes menées par le KCE auprès des patients ont toutefois révélé que plus de 60 % des personnes interrogées se déclarent satisfaites de l'organisation des soins en Belgique. Cependant, la majorité des personnes interrogées ont indiqué qu'on ne leur demandait (presque) jamais quels étaient leurs objectifs ou les effets secondaires ressentis dans le cadre du processus de soins et de soutien. Beaucoup n'ont en outre reçu que des informations limitées ou n'ont eu accès qu'à un choix restreint d'options de traitement. On peut donc en déduire que les personnes interrogées n'ont pas beaucoup bénéficié de soins coordonnés.

L'enquête Patient-Reported Indicator Survey (PaRIS)[22] est une autre initiative visant à recueillir les témoignages de patients ayant bénéficié de soins intégrés. PaRIS est une initiative internationale de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à laquelle la Belgique participe. Cette étude met l'accent sur ce qui faisait défaut jusqu'à présent dans les systèmes de santé : **des données systématiques indiquant dans quelle mesure les soins de première ligne donnés répondent aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques**. Cette étude recueille, à l'aide de questionnaires, des indicateurs sur les expériences et les bénéfices en termes de santé de personnes âgées de plus de 45 ans souffrant de maladies chroniques et ayant consulté au moins une fois leur médecin généraliste au cours des six derniers mois. Elle donne ainsi la parole aux personnes atteintes de maladies chroniques, ce qui devrait permettre d'améliorer la qualité de nos soins, et ce tant au niveau des responsables politiques que pour les prestataires de soins et d'aide.

L'étude PaRIS de 2025 montre qu'il existe de grandes disparités entre les pays en ce qui concerne la capacité des personnes atteintes de maladies chroniques à utiliser les informations de santé en ligne, la coordination des soins et le degré d'implication de ces personnes dans la prise en charge de leur propre santé. Il apparaît également que les expériences et les résultats en matière de santé varient en fonction de la situation socio-économique, du sexe et du nombre de pathologies de chaque personne. Ces résultats encouragent les pays à mieux adapter leurs systèmes de santé aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques, en s'inspirant des exemples de réussite observés dans d'autres pays.

En Belgique, 59 cabinets de médecine générale ont participé à l'étude et 4 687 questionnaires remplis ont été analysés au total. Les résultats belges de l'étude montrent que

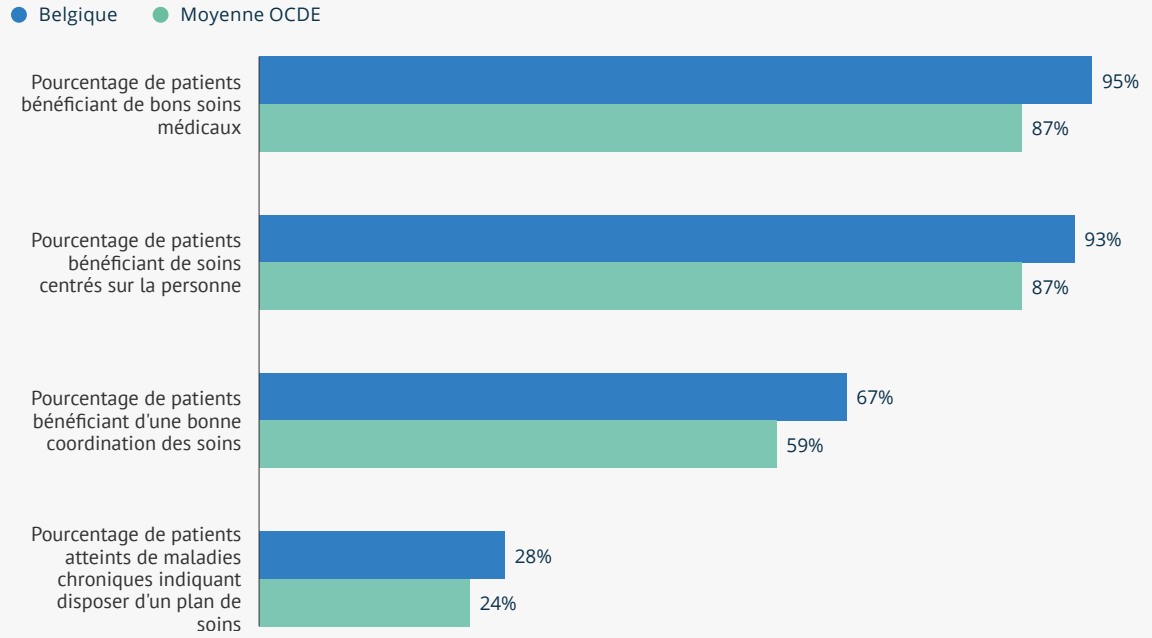
- Plus de 95 % des personnes interrogées en Belgique estiment que la qualité des soins médicaux est bonne
- Plus des deux tiers des personnes interrogées en Belgique estiment que la coordination des soins est bonne, même si seul un petit groupe indique qu'il existe effectivement une bonne coordination entre les prestataires de soins. Il en résulte souvent des retards ou des examens répétés.
- Les personnes atteintes de maladies chroniques bénéficiant d'un plan de soins (« Un accord écrit entre une personne et son prestataire de soins, qui définit le type de soins qui seront donnés sur une longue période, la manière dont ces soins seront organisés et les responsabilités que la personne assume elle-même dans la gestion de ses soins. ») bénéficient d'une prise en charge plus personnalisée. Il s'avère toutefois que la planification des soins n'est pas une pratique courante.
- Moins de la moitié des personnes interrogées déclarent avoir toujours reçu suffisamment d'informations lorsqu'elles en avaient besoin pour prendre soin de leur santé et de leur bien-être.

Voici quelques chiffres clés tirés de l'étude PaRIS pour la Belgique et comparés à la moyenne de l'OCDE :

21 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. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussels: Federal Knowledge Centre for Health Care (KCE). 2022. KCE Reports 359As. D/2022/10.273/50.

22 D. Annaert, R. Ekelson, S. Bensemmane, A. Van Vyve, R. De Schreye. Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Insights from Belgium. Focused on people living with chronic conditions. Brussels, Belgium: Sciensano. 2025, June. Report number: D/2025.14.440/15.

Qualité perçue des soins de première ligne par les personnes souffrant d'au moins une affection chronique, sur la base de quatre indicateurs (comparaison Belgique – OCDE)



En plus des personnes souffrant de maladies chroniques, les cabinets de médecine générale concernés ont également été interrogés. Il ressort de cette enquête que moins de la moitié des cabinets de médecine générale participants étaient bien préparés à assurer une coordination efficace des soins. **Par ailleurs, la participation des professionnels de santé autres que des médecins aux soins de longue durée reste limitée, s'élevant à 46 % contre une moyenne de 83 % au sein de l'OCDE.**



On ne peut pas résumer l'expérience des patients à des chiffres, il convient aussi d'écouter leur histoire. Voici le témoignage d'une patiente au sujet de son expérience des soins intégrés dans le cadre d'un projet de soins intégrés destiné aux personnes âgées, comprenant un soutien ergothérapeutique et psychologique ainsi qu'une gestion de cas personnalisée.

Témoignage d'une patiente

« Depuis que j'ai commencé le projet de soins intégrés pour personnes âgées de l'INAMI, ma vie me semble un peu plus légère. Cette approche intégrée a vraiment changé quelque chose dans mon quotidien. Grâce à l'aide du case manager, mon interlocuteur, j'ai pu entrer en contact avec un service d'aide à domicile. Les aides à domicile qui viennent tous les mardis vers 10 heures m'apportent une aide pratique, mais aussi une certaine sérénité. Elles font mes courses maintenant que je ne peux plus conduire et s'occupent volontiers de mon repassage. Mais cela ne se limite pas à ça : leur venue structure mes journées et leur présence me rassure. Parfois, nous faisons juste un brin de causette, et ce moment compte davantage qu'elles ne le croient peut-être. [23]

Quand mon mari était encore là, j'avais déjà remarqué la bonne collaboration des prestataires de soins. L'ergothérapeute nous donnait des explications précises sur le matériel à utiliser et lui apprenait à se mettre au lit et à en sortir plus facilement. Elle s'est également chargée de trouver un déambulateur et un fauteuil roulant. Tout a été organisé pour nous. Une entreprise est venue chez nous pour prendre les mesures et nous n'avons pas eu à nous occuper de quoi que ce soit. Ce genre de prise en charge, où on sent que nos besoins comptent, vaut son

23 https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-des-soins/soins-aux-personnes-agees/formes-alternatives-de-soins-aux-personnes-agees-projets

pesant d'or. De la même façon, grâce à l'ergothérapeute, j'ai été orientée vers une psychologue, car j'avais besoin de plus qu'une simple oreille attentive.

Depuis le décès de mon mari, la psychologue vient me rendre visite une semaine sur deux. Je la connaissais de l'époque où elle accompagnait mon mari dans les moments difficiles et où elle m'apportait son soutien. Elle m'écoute et me donne des conseils pour gérer mon chagrin. Ses visites me font vraiment du bien.

Je vais aussi manger une fois par semaine au restaurant du quartier. C'est agréable d'y retrouver des gens que je connais depuis mon enfance. Après le repas, il m'arrive parfois de jouer à Uno ou aux cartes dans la salle commune. Ce petit moment de contact social me fait chaud au cœur et me relie à d'autres.

Pour moi, ce qui compte peut-être le plus, c'est d'avoir un seul interlocuteur. Ça me rassure. Je ne dois pas sans cesse raconter mon histoire. Ma prestataire de soins est au courant de ma situation et m'oriente vers la personne compétente lorsque c'est nécessaire. Je sais qu'il y a une équipe solide derrière tout ça, qui se réunit régulièrement pour discuter de ma situation. Ensuite, je reçois toujours un retour clair, tant pour moi que pour mes enfants. Ça renforce la confiance. J'ai le sentiment de ne pas être toute seule. »

Les résultats de l'étude PaRIS montrent que des améliorations sont possibles dans le domaine de la collaboration interdisciplinaire entre les prestataires de soins et d'aide sociale, ainsi que dans le domaine de la coordination des soins en première ligne. Nous reproduisons ci-dessous le témoignage d'un psychologue qui participe déjà à une belle collaboration et à un réseau.

Témoignage d'un psychologue

« Quand on est un psychologue indépendant exerçant en cabinet privé, on a vite fait d'être isolé et on a du mal à entrer en contact avec les différents prestataires de soins et d'aide impliqués dans un cas. Les rencontres locales organisées par le réseau de santé mentale ont beaucoup aidé à "briser la glace". En tant que psychologue de première ligne, je suis depuis lors régulièrement contacté par le centre de santé de proximité et par le CPAS. Ce genre de collaborations au sein d'un réseau local se fait désormais de manière beaucoup plus spontanée et constitue pour moi une véritable bouffée d'oxygène. Nous avons donc bien progressé au fil des ans : nous sommes passés d'une approche "chacun dans son domaine" à une véritable collaboration interdisciplinaire. »

« En tant que psychologue, je suis souvent amené à rencontrer de jeunes adolescents qui viennent me voir avec leurs parents, à la demande d'une institution ou des parents eux-mêmes, sans que le jeune ait réellement exprimé un besoin d'aide. Lorsqu'une maison de jeunes dotée d'une salle de sport nous a sollicités pour faire face à des problèmes liés à l'anxiété, à la toxicomanie croissante et à des conflits intrafamiliaux, j'y ai vu une occasion de répondre aux centres d'intérêt des jeunes en proposant, au sein même de leur propre espace de vie sécurisant, des séances collectives sur place en collaboration avec un animateur.

Grâce à la présence rassurante du groupe, la résistance individuelle était nettement moins forte et les jeunes se sont mutuellement fait des propositions de manière proactive sur le thème de la résilience. De cette manière, nous sommes attentifs à ce qui se passe au sein du groupe, mais aussi à la manière dont chaque participant réagit individuellement. Certains jeunes demandent alors spontanément un accompagnement individuel. Pour d'autres, c'est nous qui nous adressons à eux pour leur proposer un trajet individuel. »



En résumé, on peut affirmer que les soins intégrés présentent une valeur ajoutée potentielle pour les patients et leur entourage, pour les prestataires de soins et d'aide sociale, mais aussi pour le système de santé et la société dans son ensemble. En Belgique, l'organisation et la valeur ajoutée sont principalement évaluées par les instances compétentes au niveau macro (KCE, Sciensano), mais aussi par des experts scientifiques et des acteurs de terrain, grâce à des enquêtes sur la satisfaction des patients, la perception de la coordination et la collaboration entre les prestataires de soins et d'aide sociale, ainsi que grâce à des indicateurs de résultats (et, dans une moindre mesure, aux économies réalisées) pour des populations spécifiques. À l'avenir, la recherche se poursuivra afin d'identifier les indicateurs qui reflètent le mieux les « soins bien intégrés » et pour lesquels il est possible de collecter des données fiables.

4 CONCLUSION ET VISION POUR L'AVENIR



Le SPF Santé publique souhaite, en collaboration avec les autres autorités, poursuivre la réforme du système de santé afin que les soins intégrés deviennent la norme. Cela implique donc de baser les soins sur les besoins de la personne, et non sur les structures ou les secteurs existants. Pour ce faire, il est crucial de continuer à s'appuyer sur les conditions fonctionnelles et normatives du modèle de l'arc-en-ciel afin de parvenir, à terme, à une intégration à différents niveaux :

Conditions fonctionnelles (strictes)

1. **Une organisation plus simple et concertée des soins :**

Les pouvoirs publics doivent mieux coopérer pour éviter le morcellement des soins. Le plan interfédéral a constitué à cet égard une première étape structurante. Ces efforts doivent toutefois être ancrés dans un cadre juridique durable et plus solide, tel qu'un protocole d'accord en matière de soins et de suivi intégrés, validé par les différents parlements. Les travaux préparatoires à cet effet sont actuellement en plein développement.

2. **Un système de financement adapté :**

Le système, qui repose principalement sur des paiements « à l'acte », n'encourage pas la coopération. Les nouveaux modèles doivent récompenser la coopération, la prévention et la qualité par le biais de budgets partagés et d'un financement forfaitaire centré sur la population. Dans ce contexte, le SPF Santé publique et l'INAMI travaillent par exemple à la réforme de la nomenclature et du financement des hôpitaux. Par le passé, des efforts substantiels avaient déjà été consentis dans le domaine de la réforme des soins de santé mentale. Diverses initiatives voient le jour dans cet objectif.

Conditions normatives (favorables)

1. **Une culture de la collaboration et de nouvelles compétences :**

Les prestataires de soins et d'aide doivent renforcer leur collaboration au sein d'équipes interdisciplinaires. La formation, la confiance et la prise de décision collective sont déterminantes. Cet élément doit être abordé dès la formation des prestataires de soins et d'aide. Les soins intégrés constituent une manière de penser et d'agir qui met davantage l'accent sur la communication autour des soins intégrés, mais aussi sur l'accompagnement de leur mise en œuvre, notamment par le biais de coaches chargés de la mise en œuvre dans le cadre du programme périnatal. Les mésostructures jouent ici un rôle structurant.

2. **Une plus grande attention à la prévention et aux soins de proximité :**

En apportant une aide plus rapide et en organisant les soins au plus près du lieu de vie, il est possible d'éviter le recours à des soins plus lourds. Les réseaux locaux et les zones de soins de première ligne jouent ici un rôle clé. Cette compétence relève des entités fédérées.

Conditions fonctionnelles (strictes)

3. **La digitalisation accrue, catalyseur de la collecte de données, de la communication et de la collaboration :**

Il est essentiel que les prestataires de soins et d'aide sociale puissent partager des données de manière fluide et sécurisée. La population doit accéder plus facilement aux données qui la concernent et pouvoir mieux les gérer. Un « Belgian Integrated Health Record » est en cours d'élaboration et des avancées concrètes ont déjà été réalisées au cours des dernières décennies en faveur d'un renforcement des soins de santé numériques, par exemple avec l'élaboration des plans d'action e-Santé, l'apparition de maSanté (et, depuis peu, de l'application associée) qui permet aux citoyens d'accéder en ligne à leur dossier patient électronique, ainsi que l'obligation pour les prestataires de soins et d'aide d'adopter des pratiques électroniques, généralement facilitées par une réglementation européenne favorable.

4. **Accent sur l'égalité de traitement pour tous :**

Les soins intégrés doivent tenir compte à la fois des besoins individuels et des différences entre les quartiers et les communautés, afin que chacun bénéficie des soins dont il a besoin. L'accès aux politiques existantes et futures est facilité par une répartition géographique suffisante des initiatives en fonction des besoins locaux, des mesures financières et une protection sociale assurée par une assurance maladie solide.

Conditions normatives (favorables)

3. **Le patient, un partenaire actif dans le processus :**

Les patients sont censés jouer un rôle plus actif dans leur processus de soins et de soutien. Diverses mesures sont prises dans ce but, notamment des campagnes sur la littératie en santé, un renforcement du soutien aux aidants proches et une attention plus forte accordée à la réflexion sur les objectifs de vie du patient et à la prise de décisions partagées avec lui.

En savoir plus sur la campagne actuelle sur la littératie en santé du SPF Santé publique ?
https://www.health.belgium.be/fr/actualites/2026-3-litteratie-sante-nouvelle-campagne-nationale-arrive

Nous en concluons que la politique en matière de soins intégrés en Belgique va bel et bien dans la bonne direction et qu'elle a le potentiel de rendre notre système de soins plus pérenne, mais la transition vers un modèle de soins entièrement intégré est encore loin d'être achevée. Au cours des prochaines années, l'accent continuera donc d'être mis sur des initiatives visant à combler progressivement le fossé entre la vision et la pratique, en s'appuyant sur un cadre politique commun auquel adhèrent toutes les autorités publiques en Belgique. Nous espérons pouvoir, petit à petit, transformer les expériences positives en matière de soins intégrés en une politique structurelle. Ce n'est qu'au prix d'efforts et d'investissements à long terme, fondés sur des choix politiques clairs et cohérents, qu'il sera possible d'instaurer une culture de la coopération et de mettre réellement en place des soins intégrés.

En résumé : la Belgique a franchi plusieurs premiers jalons structurants, mais il reste encore un long chemin à parcourir avant que les soins intégrés ne soient plus un simple objectif, mais une composante évidente de notre système de santé.



Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement