



INAMI-RIZIV

Plan pluriannuel « Appropriate Care »

2026-2027

Partie stratégique

Direction Appropriate Care

Service des soins de Santé

3 juin 2026

Table des matières

I	Introduction	3
II	Cadre contextuel.....	5
II.1	Un constat largement documenté au niveau international	5
II.2	Une dynamique présente en Belgique, mais fragmentée.....	6
II.3	Vers une approche intégrée de l'« Appropriate Care »	10
III	Cadre conceptuel.....	12
III.1	Définition de l'« Appropriate Care ».....	12
III.2	Modèle conceptuel.....	13
III.3	Axes prioritaires.....	17
IV	Instruments.....	23
IV.1	Priorisation.....	23
IV.2	Normes	24
IV.3	Implémentation	24
IV.4	Données	24
IV.5	Accompagnement.....	25
IV.6	Incitants	25
IV.7	Communication	25
IV.8	Mesures correctrices	26
IV.9	Handhaving.....	26
IV.10	La matrice conceptuelle.....	27
V	Gouvernance et mise en œuvre de la stratégie	28
V.1	Positionnement général de la stratégie	28
V.2	Articulation avec les objectifs de soins de santé.....	28
V.3	Rôle de la Commission Appropriate Care.....	29
V.4	Rôle de l'INAMI	30
V.5	Rôle des partenaires institutionnels et des OA	31
V.6	Axes prioritaires pour la période 2026–2027.....	33
V.7	Modalités générales de mise en œuvre	34
VI	Conclusion.....	39

I Introduction

Les systèmes de santé contemporains font face à une double exigence croissante : améliorer en continu la qualité et la pertinence des soins tout en garantissant la soutenabilité financière des ressources publiques. Dans ce contexte, le concept d'« Appropriate Care » s'impose progressivement comme un principe structurant des politiques de santé, en visant une utilisation optimale des interventions médicales au regard des besoins des patients, des données scientifiques disponibles et des contraintes du système (financières, organisationnelles, ...). Bien que la littérature internationale mobilise des acceptions proches mais non entièrement stabilisées de ce concept, le présent plan retient une définition opérationnelle explicite de l'« Appropriate Care » (détaillée au point III.1), comme cadre de référence commun. Cette définition est utilisée de manière cohérente tout au long du document pour fonder les choix analytiques, méthodologiques et opérationnels qui structurent la stratégie proposée.

Dès les travaux fondateurs de Berwick et Hackbarth, l'ampleur du « gaspillage » et des pratiques « sans valeur ajoutée » dans les systèmes de santé a été mise en évidence, soulignant les substantielles marges d'amélioration¹. Plusieurs études internationales confirment depuis une proportion importante de soins potentiellement inappropriés. Une revue systématique de la littérature canadienne estime ainsi que la médiane des soins inappropriés (incluant la surutilisation, la mauvaise utilisation et la sous-utilisation) atteint environ 30 %, avec une variabilité importante selon les contextes et les méthodologies (IQR 12 – 56 %)². Par ailleurs, des analyses plus récentes centrées spécifiquement sur la surutilisation (« overuse ») aboutissent à des ordres de grandeur comparables. Le rapport du Canadian Institute for Health Information

¹ Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA*. 2012;307(14):1513–1516. doi:10.1001/jama.2012.362.

² Squires JE, Cho-Young D, Aloisio LD, Bell R, Bornstein S, Brien SE, Decary S, Varin MD, Dobrow M, Estabrooks CA, Graham ID, Greenough M, Grinspun D, Hillmer M, Horsley T, Hu J, Katz A, Krause C, Lavis J, Levinson W, Levy A, Mancuso M, Morgan S, Nadalin-Penno L, Neuner A, Rader T, Santos WJ, Teare G, Tepper J, Vandyk A, Wilson M, Grimshaw JM. Inappropriate use of clinical practices in Canada: a systematic review. *CMAJ*. 2022 Feb 28;194(8):E279-E296. doi: 10.1503/cmaj.211416. PMID: 35228321; PMCID: PMC9053971.

(2022) souligne ainsi qu'une proportion significative d'exams et de traitements réalisés pourrait être évitée sans impact négatif sur la santé des patients^{3,4}. La convergence de ces travaux, malgré des périmètres et approches différents, confirme le caractère structurel du phénomène et l'ampleur du potentiel d'amélioration en matière de pertinence des soins.

Ces constats se retrouvent également au niveau national. En Belgique, des analyses et rapports récents, notamment émanant du KCE, de l'INAMI ou du SPF Santé publique, mettent en évidence l'existence d'une proportion non négligeable de soins dont la pertinence peut être questionnée. Ces situations recouvrent tant des pratiques inadaptées que le recours à des interventions dont la valeur clinique est limitée ou insuffisamment étayée, mettant en évidence des enjeux persistants en matière de qualité et de sécurité des soins.

Dans ce contexte, l'INAMI entend structurer une stratégie intégrée visant à réduire tant les soins de faible valeur (« Low Value Care ») que les variations injustifiées de pratique, en mobilisant de manière coordonnée l'ensemble des instruments disponibles : production de normes, exploitation des données, accompagnement des prestataires, incitants et mécanismes correcteurs. Le présent plan pluriannuel 2026–2027 vise à poser les bases de cette stratégie, en articulant une approche scientifique rigoureuse avec une capacité d'implémentation concrète sur le terrain. Il s'inscrit dans une logique de transformation progressive du système, fondée sur la collaboration étroite avec les acteurs clés du paysage de santé belge (KCE, SPF Santé publique, Sciensano, AFMPS, associations scientifiques, prestataires et institutions de soins).

³ Levinson W, Born K, Franco JVA, Kopitowski KS. Top 15 Choosing Wisely international campaign recommendations to reduce low-value care. *BMJ Evid Based Med.* 2025 Sep 22;30(5):355-357. doi: 10.1136/bmjebm-2025-113804. PMID: 40467097.

⁴ Canadian Institute for Health Information. *Overuse of Tests and Treatments in Canada — Progress Report.* Ottawa, ON: CIHI; 2022.

II Cadre contextuel

II.1 Un constat largement documenté au niveau international

Les constats à l'origine du développement de l'« Appropriate Care » sont aujourd'hui solidement documentés dans la littérature scientifique et dans les rapports d'organisations internationales. Dans ces travaux, l'« Appropriate Care » est généralement appréhendé comme un objectif de politique de santé visant à maximiser la valeur des soins pour les patients et la société, ce qui s'inscrit, au niveau des systèmes de santé, dans une approche de type « Value-Based Health Care ». Les travaux de l'OCDE, de la Commission européenne et de nombreuses revues systématiques convergent, dans ce cadre, vers plusieurs constats majeurs :

- Une part significative des soins est inutile, inefficace voire potentiellement nocive (« overuse » et « misuse »).
- Une proportion non négligeable de patients ne reçoit pas les soins nécessaires (« underuse »).
- Les systèmes de santé présentent des variations importantes de pratiques, dont certaines ne peuvent être expliquées par des différences cliniques ou contextuelles pertinentes et constituent dès lors un signal potentiel d'« overuse » ou de « misuse ».
- Ces phénomènes traduisent à la fois des enjeux de qualité, d'équité et d'efficience.

Du point de vue des systèmes de santé, ces constats sont traduits, dans le cadre européen, par le concept de « Low Value Care », en cohérence avec l'approche « Value-Based Health Care ».

Dans cette perspective, le rapport de la Commission européenne⁵ consacré à la mesure et la réduction du « Low Value Care » souligne notamment que ces phénomènes ne sont pas marginaux mais bien structurels, et qu'ils nécessitent dès lors une réponse systémique combinant :

- le développement d'outils de mesure du « Low Value Care » ;
- la production de connaissances (guidelines, Health Technology Assessment, ...) ;
- la mesure et le monitoring via les données ;
- des stratégies d'implémentation personnalisées et à composantes multiples ;
- des mécanismes d'incitation et de régulation.

II.2 Une dynamique présente en Belgique, mais fragmentée

Au sein du système de santé belge, l'INAMI occupe une position centrale dans la régulation, le financement, et de facto le pilotage des soins. De par son accès aux données médico-administratives, ses leviers en matière de remboursement et son modèle de concertation, il dispose d'une capacité unique à agir concrètement sur les pratiques. Historiquement, les fonctions liées à la pertinence et à l'efficacité des soins étaient réparties entre plusieurs entités internes, notamment le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) et le Service des soins de santé (SdSS). Si cette organisation a permis le développement d'expertises spécifiques, elle a également conduit à une certaine fragmentation des initiatives et à une articulation parfois limitée entre les différents instruments disponibles. La création de la Direction Appropriate Care au sein du SdSS constitue une réponse à ce constat et s'inscrit dans une volonté claire de renforcer la cohérence et l'efficacité de l'action de l'INAMI dans ce domaine. En regroupant au sein d'une même structure les principales fonctions liées à l'analyse,

⁵ European Commission. Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2025. DOI: 10.2875/371258.

au suivi et à l'amélioration des pratiques de soins, cette direction vise à poser les bases d'une approche plus intégrée et structurée de l'« Appropriate Care ». Elle a également pour vocation de soutenir la coordination stratégique en la matière et de renforcer les collaborations avec les partenaires internes et externes, car l'action de l'INAMI s'inscrit dans un écosystème institutionnel plus large, au sein duquel plusieurs acteurs jouent un rôle complémentaire.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) intervient principalement dans l'analyse et la mise à disposition de connaissances scientifiques, comme l'élaboration de directives cliniques et la production de diagnostics sur la performance du système de santé. Ce rôle est appelé à encore se renforcer avec l'intégration progressive, depuis début 2026, des activités du réseau Evikey, jusqu'à présent chargé de coordonner les initiatives en matière d'« Evidence-Based Practice (EBP) » en première ligne. Cette évolution vise à améliorer la cohérence, la visibilité et l'impact des initiatives en matière d'EBP.

Le SPF Santé publique joue, pour sa part, un rôle essentiel dans la structuration du cadre global dans lequel s'inscrivent les politiques d'« Appropriate Care ». Au-delà de la définition des priorités de santé publique, il exerce une responsabilité active dans le déploiement, le suivi et l'ancrage de la qualité et de la sécurité des soins, notamment via la Commission fédérale de contrôle des professionnels de la santé, chargée de veiller au respect de la Loi qualité. À ce titre, il assure le pilotage et la mise en œuvre du pilier relatif à la qualité de la prestation des soins. Cette fonction d'orientation, d'intégration transversale, de pilotage fonctionnel et de contrôle constitue un complément important à l'action de l'INAMI, en assurant que les démarches visant à améliorer la pertinence et l'efficacité des soins s'inscrivent dans un cadre normatif cohérent et respecté par l'ensemble des professionnels.

Sciensano apporte une contribution complémentaire en mobilisant une expertise en santé publique et en épidémiologie, permettant d'objectiver les besoins de santé à l'échelle de la population. À travers ses analyses, notamment en matière d'état de santé de la population (« Health Status Report »), de morbidité, de mortalité évitable, de coût de la maladie et d'inégalités, il contribue à contextualiser les enjeux d'« Appropriate Care » au-delà de la seule logique de remboursement, en intégrant des dimensions supplémentaires telles que l'accès aux soins ou les résultats pour les patients. Dans le cadre du présent plan, ces analyses constituent un appui pour la priorisation des domaines d'action et l'interprétation des constats, en articulation avec les travaux du KCE en « Health Services Research », qui portent plus directement sur l'évaluation des interventions et l'analyse de la consommation de soins.

Parallèlement à ces dynamiques institutionnelles, le niveau politique fédéral a progressivement posé plusieurs jalons visant à renforcer la cohérence de l'action publique en matière de soins de santé, en intégrant explicitement les principes de pertinence et d'efficacité.

Tout d'abord, l'accord de coalition fédérale 2025-2029⁶ affirme la nécessité de fonder la politique de santé sur des objectifs explicites en matière de soins de santé, en mettant l'accent sur l'utilisation efficace des ressources, la lutte contre les soins inutiles ou inefficaces et le renforcement des mécanismes de responsabilisation, ainsi que sur une articulation plus étroite entre objectifs stratégiques et décisions budgétaires. Ensuite, l'exposé d'orientation politique du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique⁷ précise ces orientations en soulignant le développement de soins nécessaires, fondés sur les données probantes, et la réduction des variations injustifiées de pratique. Dans le prolongement, l'avis de la Commission pour les

⁶ Gouvernement fédéral belge. (2025). Accord de coalition fédérale 2025-2029. Bruxelles. https://www.belgium.be/sites/default/files/resources/publication/files/Accord_gouvernemental-Bart_De_Wever_fr.pdf

⁷ Chambre des représentants de Belgique. (2025). Exposé d'orientation politique – Santé publique (Doc. 56 0767/009, pp. 3-7). Bruxelles. <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/56/0767/56K0767009.pdf>

objectifs en matière de soins de santé (COSS)⁸ propose un cadre explicite d'objectifs en matière de soins de santé. Les deux objectifs transversaux, nommément l'augmentation de l'efficacité des soins et la meilleure utilisation des données, sont l'essence même de l'« Appropriate Care ». Enfin, la note du Conseil général de l'INAMI relative au budget des soins de santé 2026⁹ traduit ces orientations dans des arbitrages budgétaires concrets, en confirmant le rôle des objectifs en matière de soins de santé comme boussole pour l'allocation des ressources et en soulignant la nécessité d'éviter les dépenses inutiles afin de dégager des marges pour des investissements ciblés. Pris ensemble, ces éléments confirment une ligne politique convergente, orientée vers une politique de santé plus efficiente, davantage fondée sur les données et pilotée de manière plus stratégique.

Ces évolutions s'inscrivent également dans un mouvement plus large observé au niveau européen. La Commission européenne a renforcé, notamment au travers de programmes de recherche tels qu'Horizon Europe¹⁰, le soutien à des travaux portant sur l'identification, la mesure et la réduction des soins de faible valeur, ainsi que sur l'analyse des mécanismes à l'origine des pratiques inappropriées. Cette dynamique reflète une reconnaissance croissante, à l'échelle européenne, du caractère structurel de ces problématiques et de la nécessité de dépasser des interventions ponctuelles. Dans cette optique, l'utilisation de cadres analytiques et d'outils de priorisation explicites apparaît comme un enjeu central pour la gouvernance des politiques d'« Appropriate Care ». Le cadre NEED, développé par le KCE et déjà mobilisé en Belgique, s'inscrit dans cette dynamique en proposant une approche structurée visant à développer des interventions en matière de soins de santé davantage axées sur les besoins plutôt que sur l'offre.

⁸ Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (COSS). (2025). Avis relatif aux objectifs en matière de soins de santé. Bruxelles : INAMI. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/avis_COSS_avril_2025.pdf

⁹ INAMI – Conseil général. (2025). Budget des soins de santé 2026 (Note CGSS 2025/069). Bruxelles. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/INAMI_CGSS_2025.pdf

¹⁰ Commission européenne. (2021). Horizon Europe – Programme-cadre de l'Union européenne pour la recherche et l'innovation (2021-2027). Bruxelles : Commission européenne.

https://commission.europa.eu/funding-tenders/find-funding/eu-funding-programmes/horizon-europe_en

L'enjeu n'est dès lors plus uniquement de disposer d'initiatives, d'analyses ou d'instruments isolés, mais de les inscrire dans une vision stratégique intégrée, capable d'articuler priorités politiques, cadres analytiques et leviers opérationnels. Le présent plan pluriannuel s'inscrit dans cette logique et vise à structurer et à opérationnaliser cette convergence, en proposant un cadre qui dépasse le seul périmètre de l'INAMI.

II.3 Vers une approche intégrée de l'« Appropriate Care »

Malgré les évolutions positives observées au sein du système de santé belge, le principal défi réside désormais dans la capacité à articuler de manière cohérente les différentes initiatives et fonctions existantes. En effet, si les compétences en matière de production de connaissances, de définition de référentiels, d'analyse des pratiques et de suivi de la qualité sont bien présentes, elles restent encore trop souvent mobilisées de manière parallèle, sans toujours converger vers une transformation concrète et coordonnée des pratiques de soins. L'enjeu ne consiste plus uniquement à produire davantage de connaissances ou à renforcer les outils existants, mais plutôt à organiser une véritable chaîne de valeur de l'« Appropriate Care ». Une telle approche suppose de dépasser les logiques en silos pour structurer des interventions cohérentes et complémentaires, mobilisant de manière coordonnée les différents leviers disponibles. Elle implique également de clarifier les rôles respectifs des acteurs du système, afin de garantir une articulation efficace entre priorisation des enjeux, production de connaissances, encadrement des pratiques et transformation effective des comportements. Cette transversalité suppose toutefois une expertise suffisamment fine et une compréhension approfondie des logiques propres aux différents secteurs et groupes professionnels, afin d'adapter les leviers mobilisés et d'assurer un impact concret sur le terrain. Dans cette perspective, l'INAMI, et en particulier la Direction Appropriate Care, est appelé à jouer un rôle central de mise en cohérence et de coordination.

Cette évolution s'inscrit dans une dynamique plus large de transformation des politiques de santé, marquée par le passage d'une logique centrée sur les volumes d'activité à une approche davantage orientée vers la valeur des soins. Sans se substituer aux démarches d'évaluation clinique ou économique des interventions, cette approche vise à éclairer les choix collectifs en matière d'allocation des ressources, dans une optique de soutenabilité du système de santé et de bénéfices maximaux pour la santé des patients.

III Cadre conceptuel

III.1 Définition de l'« Appropriate Care »

Afin de disposer d'un cadre conceptuel clair et partageable, le présent plan s'appuie sur une définition opérationnelle propre de l'« Appropriate Care », permettant d'articuler de manière cohérente les dimensions cliniques, organisationnelles et économiques des soins. Cette définition vise à fournir une base commune pour l'analyse des pratiques et pour la structuration des leviers d'action mobilisés dans la suite du document. Dans ce cadre, l'« Appropriate Care » vise, au sens large, les éléments suivants :

- **Type de soins** : Des soins nécessaires et pertinents pour le patient, répondant à l'« Evidence Based Practice ». Cela implique que les soins effectués sont le résultat d'une combinaison des meilleures données scientifiques disponibles, de l'expertise clinique du prestataire de soins de santé et des préférences du patient.
- **Modalités de délivrance** : Des soins accessibles et qui sont dispensés au bon moment, au bon endroit et par le prestataire de soins le plus approprié, c'est-à-dire celui dont les compétences, la formation et la position dans l'équipe de soins permettent d'apporter la réponse la plus efficace et proportionnée aux besoins du patient.
- **Coût** : Des soins délivrés de manière à obtenir les meilleurs résultats possibles pour le patient au coût le plus juste, dans une logique de proportionnalité et de soutenabilité, en optimisant l'utilisation des ressources du système de santé.

Cette définition implique une approche intégrée, dans laquelle la pertinence clinique, la qualité des soins et l'efficacité des ressources mobilisées sont indissociables, tout en garantissant la soutenabilité de l'assurance soins de santé et l'accessibilité des soins pour la population, entendue dans ses différentes dimensions (disponibilité, accessibilité financière, acceptabilité et adéquation aux besoins). Elle vise également à identifier les domaines de sous-performance du système de soins de santé, à fixer des objectifs explicites d'amélioration et

à orienter des mesures proportionnées pour les atteindre. Enfin, elle s'inscrit dans un modèle conceptuel global, représenté sous la forme d'un **temple**, qui permet de structurer de manière cohérente les fondations, les principes directeurs et les différents leviers d'action du présent plan.

III.2 Modèle conceptuel

Le modèle conceptuel de l'« Appropriate Care » constitue l'architecture générale du présent plan pluriannuel. Élaboré en interne au terme d'un exercice de modélisation des actions, instruments et leviers déjà existants, il vise à structurer et expliciter une approche intégrée de l'« Appropriate Care ». Représenté sous la forme d'un temple, il s'organise en quatre niveaux complémentaires : une base, des éléments fondamentaux, des piliers, et un sommet dédié au pilotage stratégique. Cette structuration permet de relier de manière cohérente les responsabilités, les principes directeurs, les leviers d'action et la gouvernance du dispositif.

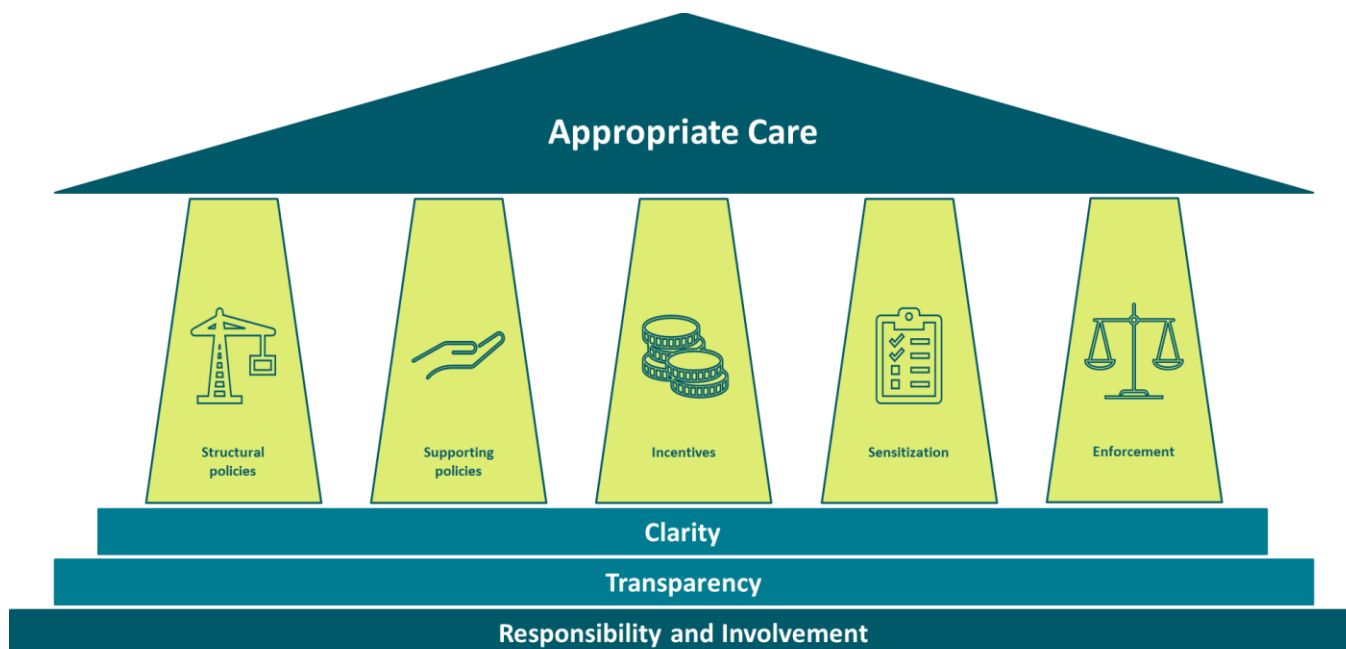


Figure III-1 : Modèle conceptuel de l'« Appropriate Care »

III.2.1 Base : responsabilité et implication

La base du modèle pose les fondations culturelles et collectives nécessaires à l'ensemble de la démarche d'« Appropriate Care ». Elle rappelle que le fonctionnement du système repose avant tout sur l'engagement de chacun, et sur une responsabilité assumée collectivement par l'ensemble des acteurs, dans le respect du cadre légal et réglementaire existant.

La responsabilité et l'implication : les prestataires de soins de santé, les patients et toutes les autres parties prenantes (en ce compris l'industrie pharmaceutique) ont, comme le gouvernement, une responsabilité partagée dans le domaine des soins de santé et doivent également pouvoir être tenus de rendre compte de leurs actions. Cette responsabilité s'inscrit tout autant dans le cadre du modèle de concertation structuré auquel participent les organismes assureurs (OA). La valeur ajoutée de l'exemplarité peut également être soulignée ici, les prestataires de soins ou les établissements de soins servant de modèles pour leurs collègues, inspirant et motivant les autres à suivre les meilleures pratiques et à contribuer à une culture d'amélioration continue.

III.2.2 Éléments fondamentaux

Les éléments fondamentaux définissent les principes transversaux sur lesquels repose l'ensemble du modèle et qui constituent des exigences structurantes pour le pilotage et la mise en œuvre de l'« Appropriate Care ». Ils précisent les conditions nécessaires pour comprendre, comparer et guider les pratiques.

La transparence : il s'agit de surveiller les données relatives aux soins de santé ainsi que de donner aux prestataires de soins, aux établissements de soins et aux patients un aperçu de la consommation de soins de santé correspondante. Ces données doivent permettre aux secteurs et groupes professionnels d'affiner leurs méthodes de travail, au gouvernement et au Comité de l'Assurance de prendre ou de proposer des mesures politiques ciblées, et aux prestataires de soins d'adapter leur propre comportement. De plus, la transparence publique contribue à renforcer la confiance des patients et des citoyens dans le système de soins de santé.

La clarté : il s'agit de communiquer clairement les attentes et les normes, afin que les prestataires de soins, les patients, ainsi que les autres parties prenantes, sachent ce qui est attendu d'eux. Des lignes directrices validées et des sources de pratiques fondées sur des preuves (EBP) sont nécessaires pour définir exactement ce qui constitue l'« Appropriate Care », ainsi que les indicateurs de qualité qui en découlent. Ces lignes directrices, les sources EBP et les indicateurs de qualité doivent être communiqués aux prestataires de soins de manière claire.

Ensemble, ces deux éléments garantissent un cadre lisible et partagé, qui permet d'ancrer durablement l'amélioration des pratiques, à condition d'être coconstruit avec les secteurs concernés, les prestataires et les OA.

III.2.3 Piliers

Les piliers du modèle regroupent les leviers d'action qui permettent de traduire concrètement les objectifs d'« Appropriate Care » dans les pratiques de terrain. La mise en œuvre de ces leviers vise aussi à garantir que l'ensemble des patients puissent effectivement bénéficier de soins appropriés, y compris ceux à risque de sous-utilisation, via l'identification des écarts d'accès et via des actions adaptées aux contextes particuliers des différentes patientèles.

Les mesures structurelles : il faut établir des normes et des lignes directrices claires à l'intention de tous, afin de favoriser des pratiques efficaces dans le respect du cadre fixé par la Loi qualité en matière de qualité et de sécurité de la prestation des soins. Il s'agit, par exemple, de réglementations claires sous forme de conditions de remboursement et de nomenclature, ainsi que de parcours de soins favorisant une allocation efficace des ressources.

Les mesures de soutien : il s'agit de la mise à disposition des outils nécessaires en vue de favoriser l'« Appropriate Care ». Par exemple, l'éducation et la formation continue (Continuous Professional Development (CPD)), ainsi que la fourniture d'outils et de soutien tels que l'Evidence Linker et un système PSS (Prescription Search Support System).

Les incitants : cela concerne des mesures qui encouragent l'adoption de pratiques appropriées. On peut notamment penser à l'utilisation d'incitations financières pour encourager le comportement souhaité et décourager le comportement indésirable. Cela peut se faire, par exemple, par des primes pour les prestataires de soins qui répondent à certaines normes de qualité, ou qui participent à des projets d'amélioration de la qualité.

La sensibilisation : il s'agit de conscientiser tant les prestataires de soins que les patients ou les autres parties prenantes à leur responsabilité au sein du système de soins de santé, ainsi qu'à leur responsabilité sociétale pour le pérenniser. Cela peut se faire par des campagnes, des communications spécifiques, ou encore des feedbacks individuels.

« **Enforcement** » : ce dernier levier intervient lorsque les mécanismes précédents n'ont pas permis de garantir le respect des normes applicables. Son inscription dans le modèle souligne l'importance d'une définition claire de ce qui est « Appropriate ». Ce pilier recouvre la mise en œuvre de dispositifs de surveillance et d'application de la Loi pour assurer la conformité aux normes établies. Cela peut se faire par des audits, des enquêtes nationales, des contrôles individuels assortis de diverses mesures et, in extremis, par des sanctions à proprement parler.

L'ensemble de ces piliers forme un dispositif cohérent qui combine régulation, accompagnement, incitation et contrôle afin d'améliorer la pertinence des soins.

III.2.4 Sommet : pilotage stratégique

Le sommet du modèle représente le niveau de pilotage stratégique qui garantit la cohérence d'ensemble et l'orientation des actions d'« Appropriate Care ».

Pilotage stratégique : Il assure l'orientation, la coordination et le suivi d'ensemble de la démarche. Il s'agit d'une fonction de gouvernance qui fixe les orientations prioritaires, supervise les analyses, valide les indicateurs, et veille à l'articulation cohérente des différents leviers mobilisés. Ce pilotage débouche, au terme du processus, sur l'élaboration de propositions d'actions à l'attention des organes de concertation compétents.

Dans le présent plan, ce rôle est assumé par la Commission Appropriate Care, chargée de structurer les travaux, de rassembler l'expertise pertinente et de garantir l'alignement des décisions avec les objectifs stratégiques fixés par le gouvernement. Le sommet constitue ainsi la clé de voûte du modèle conceptuel, assurant la cohérence et la continuité de la stratégie.

III.3 Axes prioritaires

La définition des axes prioritaires de ce plan stratégique repose sur l'analyse intégrée de travaux antérieurs de l'INAMI, de constats issus des données récentes, et de recommandations européennes. Ce choix n'est donc ni théorique ni pragmatique, il est le résultat d'une convergence claire entre plusieurs sources solides qui identifient toutes les mêmes enjeux.

Un premier fondement essentiel provient du **plan « Aanklappend Beleid »**, développé par l'INAMI en 2014. Ce travail pionnier a posé les bases méthodologiques d'une politique « Appropriate Care » moderne. Il soulignait que l'amélioration de la qualité des soins passait autant par une compréhension fine des pratiques observées que par la capacité à identifier les situations où certaines prestations sont surutilisées (« overuse »), mal utilisées (« misuse ») ou au contraire sous-utilisées (« underuse »). Le plan insistait aussi sur le rôle central des variations de pratique, écarts constatés entre prestataires ou entre institutions lorsqu'ils ne sont pas expliqués par les besoins des patients, qui constituent un signal fort de potentiel non « Appropriate ». Ce double constat, la présence de soins de faible valeur et l'existence de variations injustifiées, a marqué durablement la réflexion stratégique de l'INAMI et constitue un socle conceptuel majeur qui a entre autres mené au développement d'outils comme les rapports de variations de pratiques ou de variations de consommation de médicaments, disponibles sur le site [Vers une Belgique en bonne santé](#). Au-delà de ces constats analytiques, le plan mettait également en évidence un enseignement central en matière de méthode : la nécessité d'une approche intégrée et systématique, combinant de manière cohérente différents instruments d'action et impliquant l'ensemble des acteurs du système de santé. Cette approche reposait sur l'idée que l'amélioration de la pertinence et de l'efficacité des soins ne pouvait résulter

d'interventions isolées ou ponctuelles, mais devait s'inscrire dans une logique coordonnée, progressive et multicomposante. Elle faisait par ailleurs l'objet d'une opérationnalisation explicite, à travers l'identification de quatre thématiques d'action prioritaires :

- les nouvelles technologies et la prise en charge plus efficiente des soins ;
- le bon usage des médicaments ;
- le dépistage de la population ;
- les taux d'interventions et de réinterventions.

Dans la continuité de cette dynamique, diverses actions ont été développées entre 2016 et 2019, notamment autour de mécanismes de transparence et de feedback visant à objectiver certaines variations de pratique en première ligne. En particulier l'INAMI, en collaboration avec l'Agence InterMutualiste (AIM), a mis en place des rapports d'activité individuels adressés aux médecins généralistes et portant sur leur activité de prescription et de recours à certains examens, afin de permettre une comparaison à des groupes de pairs et de soutenir une démarche d'amélioration des pratiques¹¹.

Le deuxième fondement structurant du choix des axes prioritaires repose sur les **travaux récents menés au niveau européen**, et en particulier sur le rapport « Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment (2025) », déjà cité précédemment. Ce rapport apporte plusieurs enseignements clés qui ont directement orienté la structuration de la stratégie retenue dans le présent plan :

- Tout d'abord, le rapport établit que le « Low Value Care » constitue un phénomène systémique, présent dans l'ensemble des systèmes de santé européens, et non un ensemble marginal de pratiques isolées. Il montre que les soins de faible valeur ne se

¹¹ INAMI. (s.d.). Rapports d'activité individuels et feed-back – Rapport de votre activité de médecin généraliste en 2016 en matière de prescription. Bruxelles : INAMI. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/qualite-des-soins/rapports-d-activite-individuels-et-feed-back/rapport-de-votre-activite-de-medecin-generaliste-en-2016-en-matiere-de-prescription>

limitent pas à la surutilisation de certains actes, mais englobent également l'utilisation inappropriée et la sous-utilisation de soins pourtant nécessaires, élargissant ainsi le périmètre traditionnellement associé à la notion de « Appropriate Care ». Cette approche globale conduit à considérer simultanément « overuse », « misuse » et « underuse » comme des manifestations complémentaires d'un même problème de performance du système de santé.

- Ensuite, le rapport met en évidence que les variations injustifiées de pratique peuvent jouer un rôle important dans l'identification des domaines dans lesquels le « Low Value Care » est susceptible de se concentrer. Ces variations, lorsqu'elles ne sont pas expliquées par des différences de besoins des patients, peuvent révéler aussi bien des situations de surutilisation que de sous-utilisation. Il pointe également que l'analyse des variations géographiques ou entre groupes de patients est souvent l'un des rares outils disponibles pour objectiver ces phénomènes à l'échelle du système, en particulier lorsque des indicateurs cliniques fins ou des données cliniques détaillées ne sont pas accessibles.
- Pour finir, le rapport insiste sur le fait que la réduction du « Low Value Care » nécessite une approche systémique et multicomposante, articulant mesure, priorisation et action. À cet égard, le rapport recommande explicitement d'ancrer les stratégies nationales autour de cadres analytiques forts.

Dans cette perspective, la convergence entre les travaux antérieurs de l'INAMI et les recommandations européennes récentes conduit à une structuration claire et cohérente de la stratégie autour de **deux axes prioritaires opérationnels**. D'une part, l'analyse et la réduction du « **Low Value Care** », entendu comme l'ensemble des situations de surutilisation, d'utilisation inappropriée ou de sous-utilisation des soins. D'autre part, l'analyse des **variations de pratiques** injustifiées, observées notamment selon des dimensions géographiques ou selon des caractéristiques des patients (telles que l'âge, le statut socio-économique ou le régime d'assurance), et considérées comme un signal permettant d'identifier, de prioriser et de suivre les domaines dans lesquels ces situations sont susceptibles de se concentrer. Ces deux axes, complémentaires et indissociables, constituent le cadre analytique opérationnel retenu par le présent plan.

Outre ces deux axes prioritaires opérationnels, le plan identifie également **deux axes prioritaires transversaux**, comme conditions d'une gouvernance cohérente de l'« Appropriate Care ».

III.3.1 Axe opérationnel 1 : « Low Value Care »

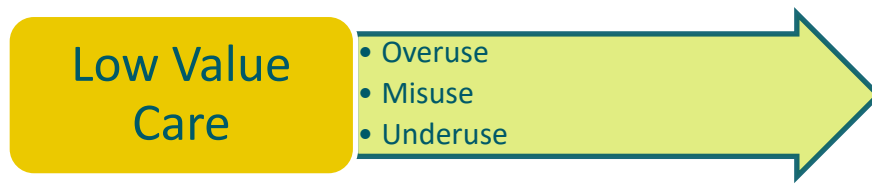


Figure III-2 : Axe opérationnel 1

L'axe opérationnel « Low Value Care » vise à appréhender la pertinence et l'efficacité des soins sous l'angle d'un problème **structurel** et **systémique** de l'organisation des soins de santé. Il s'intéresse à l'utilisation globale de soins qui n'apportent pas de bénéfice clinique suffisant au regard des connaissances scientifiques disponibles, et ce de manière uniforme dans l'ensemble du système. Dans cette acception, le « Low Value Care » recouvre logiquement l'ensemble des situations de surutilisation (« overuse »), de mauvaise utilisation (« misuse »), telles que définies dans la littérature internationale et reprises dans le présent plan, mais aussi la sous-utilisation (« underuse ») des soins, qui correspond aux situations où des soins nécessaires ne sont pas reçus par des patients qui devraient en bénéficier. Cette dernière dimension renvoie directement à des enjeux d'équité et d'accès aux soins appropriés, et inclut également le cas échéant la prévention. Ces phénomènes traduisent une inadéquation entre les soins délivrés et les besoins réels des patients, et constituent un indicateur de sous-performance potentielle du système.

L'analyse du « Low Value Care » permet ainsi d'objectiver un **niveau global** de non-pertinence, en mettant en évidence des types de soins pour lesquels la valeur attendue est insuffisante ou incertaine. Elle ne vise pas à identifier des comportements individuels ou des

écarts locaux, mais à documenter un phénomène systémique qui appelle une réflexion sur les normes, les référentiels et l'organisation générale des soins. En ce sens, l'axe « Low Value Care » constitue un premier pilier de la stratégie, centré sur la nature et le volume des prestations remboursées à l'échelle macro, et tente de répondre à la question suivante :

→ « Quels leviers stratégiques peuvent être mobilisés pour identifier systématiquement le « Low Value Care » dans le système de santé et en réduire l'ampleur ? »

III.3.2 Axe opérationnel 2 : Variations de pratique



Figure III-3 : Axe opérationnel 2

L'axe opérationnel prioritaire « Variations de pratique » appréhende la pertinence et l'efficacité des soins sous un angle complémentaire, celui d'un problème de **distribution** et d'**hétérogénéité** au sein du système de santé. Il vise à analyser la manière dont l'utilisation des soins varie entre prestataires, institutions, territoires ou groupes de patients, lorsque ces différences ne peuvent être expliquées par des besoins cliniques objectivables. Les variations de pratique sont notamment observées selon des dimensions géographiques, mais aussi selon les caractéristiques des patients (telles que leur âge, leur sexe, leur régime d'assurance, ...). Lorsqu'elles sont injustifiées, ces variations constituent un signal fort de déséquilibres potentiels, révélant des situations de surutilisation ou de sous-utilisation localisées, sans que le niveau global de consommation ne soit nécessairement excessif ou insuffisant. L'appréciation du caractère « injustifié » repose sur une analyse croisant données et expertise de terrain (chambres scientifiques ad hoc, experts sectoriels, ...), afin de distinguer les variations expliquées (cas-mix, contexte, ...) de celles susceptibles de révéler des écarts d'utilisation nécessitant une analyse approfondie.

Contrairement à l'axe précédant, l'analyse des variations de pratique ne vise pas à mesurer un volume global de soins de faible valeur, mais à identifier **où, comment et pour qui** des écarts d'utilisation apparaissent au sein du système. Elle permet de mettre en évidence des phénomènes d'hétérogénéité qui interrogent l'équité d'accès aux soins fondés sur les données probantes, ainsi que la cohérence des pratiques professionnelles. Dans cette perspective, l'axe « Variations de pratique » constitue un second pilier essentiel pour identifier, prioriser et suivre les enjeux de l'« Appropriate Care », tels qu'observables à travers l'utilisation des prestations couvertes par l'assurance soins de santé, et tente de répondre à la question complémentaire suivante :

→ « Quels leviers stratégiques peuvent être mobilisés pour identifier systématiquement et réduire les différences non justifiables dans les pratiques de soins ? »

III.3.3 Axes transversaux

Les axes transversaux recouvrent l'ensemble des actions nécessaires pour créer et consolider le cadre de travail dans lequel s'inscrivent les deux axes opérationnels. Ils visent moins à traiter un domaine clinique particulier qu'à mettre en place les conditions permettant de traduire les constats analytiques en interventions cohérentes. Concrètement, cela implique de structurer une gouvernance dédiée (notamment via l'opérationnalisation de la Commission Appropriate Care), de renforcer le continuum « données → indicateurs → transparence/feedback » permettant d'objectiver les pratiques et d'alimenter le dialogue avec le terrain, et d'ancrer des référentiels partagés fondés sur les données probantes, en articulation avec la centralisation progressive des fonctions EBP. Ces axes transversaux constituent ainsi le socle commun de coordination entre l'INAMI, ses partenaires institutionnels et les OA, et conditionnent la capacité du dispositif à prioriser et déployer les actions de manière structurée.

IV Instruments

La stratégie « Appropriate Care » s'appuie sur un ensemble cohérent d'instruments dont disposent l'INAMI et ses partenaires pour transformer les constats analytiques en dynamiques d'amélioration des pratiques. Ces instruments sont directement structurés par le modèle conceptuel présenté au point III.2 et s'inscrivent dans une **logique séquentielle et complémentaire**, allant du pilotage stratégique jusqu'aux processus de responsabilisation. Ils constituent une **chaîne d'intervention commune**, mobilisable de manière graduée et proportionnée en fonction des enjeux identifiés. Cette mobilisation s'inscrit dans le respect de la répartition des compétences entre les différentes autorités et institutions concernées, chacune intervenant dans le cadre de ses missions propres, notamment en matière de remboursement, de qualité et de sécurité des soins, ou d'organisation du système de santé. Le présent chapitre décrit ces instruments, leur finalité et leur ancrage dans le cadre conceptuel.

IV.1 Priorisation



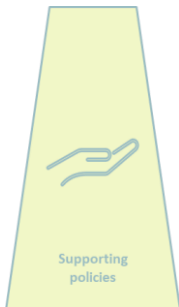
La priorisation constitue le point d'entrée de toute intervention en matière d'« Appropriate Care ». Elle relève du **pilotage stratégique**, assuré par la Commission Appropriate Care, et vise à identifier, sur base des analyses disponibles, les domaines dans lesquels des situations de soins de faible valeur ou de variations injustifiées sont les plus susceptibles de se concentrer. Elle intègre également des considérations plus larges de santé publique, notamment en lien avec les besoins de la population, les inégalités et l'impact potentiel sur la qualité et l'équité des soins. Cette étape conditionne l'ordre, et la combinaison des instruments mobilisés par la suite.

IV.2 Normes

Clarity

Les normes visent la **clarté dans les attentes** en matière de pratiques appropriées. Elles permettent de définir ce qui constitue des soins fondés sur les données probantes, proportionnés aux besoins des patients et cohérents avec les objectifs du système de santé. Pour garantir leur pertinence, il est primordial qu'elles reposent sur des directives scientifiquement solides et méthodologiquement robustes. La clarté des attentes constitue une condition essentielle pour garantir une compréhension partagée des standards de qualité et de pertinence des soins.

IV.3 Implémentation



L'implémentation regroupe les instruments visant à **soutenir la mise en œuvre effective** des normes et directives définies et a pour objectif de faciliter l'adoption des pratiques appropriées en réduisant les barrières organisationnelles, techniques ou cognitives, sans devoir recourir à des mécanismes contraignants.

IV.4 Données

Transparency

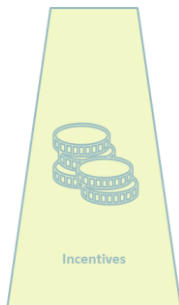
Les instruments liés aux données constituent un levier central pour identifier les domaines dans lesquels les normes sont insuffisamment suivies, où le « Low Value Care » se concentre et où les variations de pratique sont difficilement explicables. Ils reposent sur la disponibilité de données solides, couvrant l'ensemble du spectre des soins dispensés et prescrits, en ce compris les médicaments et dispositifs médicaux. Afin de permettre le développement d'indicateurs suffisamment fins, ces données doivent pouvoir être reliées entre elles, tant au niveau du dispensateur de soins que du bénéficiaire, dans le respect des exigences en matière de protection de la vie privée. Elles visent à renforcer la **transparence** du système en permettant la mise à disposition d'informations utiles au terrain, aux décideurs publics et, lorsque cela est pertinent, au grand public.

IV.5 Accompagnement

Responsibility and Involvement

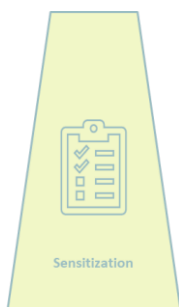
L'accompagnement vise à renforcer la **responsabilité et l'implication** des acteurs du système de santé dans l'amélioration de la pertinence et de l'efficacité des soins. Il s'agit de soutenir l'appropriation des attentes et des constats par les prestataires, en travaillant avec eux pour favoriser leur engagement actif dans les dynamiques d'amélioration, au-delà de la seule mise à disposition d'outils ou d'informations.

IV.6 Incitants



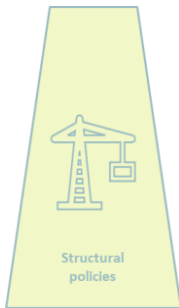
Les incitants constituent des instruments, tels que les mécanismes de financement ou les dispositifs d'accréditation, qui visent à **encourager les comportements** appropriés en alignant les intérêts individuels ou collectifs avec les objectifs poursuivis par la stratégie.

IV.7 Communication



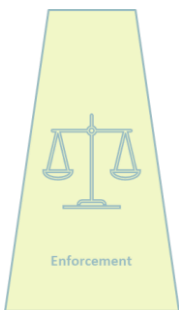
La communication et la **sensibilisation** visent à renforcer la compréhension des enjeux de l'« Appropriate Care » et à créer un environnement favorable à l'amélioration des pratiques. Elles contribuent à diffuser des messages cohérents, à accroître l'adhésion des acteurs et à soutenir les autres instruments mobilisés.

IV.8 Mesures correctrices



Les mesures correctrices relèvent des **politiques structurelles** et visent à ajuster le système lorsque des situations persistantes de non « Appropriate » sont identifiées. Elles portent sur l'adaptation des règles, des conditions de remboursement ou d'organisation des soins, et constituent un levier de correction systémique du champ de compétence de l'INAMI, distinct des mécanismes purement sanctionnant.

IV.9 Handhaving



Les mécanismes de « Handhaving » répondent à la notion de « **enforcement** » et constituent le dernier niveau de la chaîne d'intervention. Ils visent à garantir le respect des normes établies lorsque les instruments précédents n'ont pas permis de corriger les comportements. Leur mobilisation s'inscrit dans une logique proportionnée et encadrée, afin de préserver l'équité et la soutenabilité du système.

IV.10 La matrice conceptuelle

L'ensemble de ces neuf instruments est synthétisé dans une **matrice conceptuelle**, présentée ci-dessous, qui constitue un élément central du présent plan. Cette matrice croise, d'une part, les axes opérationnels prioritaires (« Low Value Care » et Variations de pratique) et, d'autre part, la chaîne d'instruments structurée par le modèle conceptuel de l'« Appropriate Care ». Elle vise à mettre en relation explicite les types de problématiques identifiées et les instruments mobilisables, afin de structurer de manière cohérente les interventions. Elle permet ainsi d'identifier, au croisement des axes opérationnels et des instruments, les leviers d'action opérationnels les plus pertinents, tout en garantissant leur alignement avec le cadre conceptuel et les principes de la stratégie.

La matrice ne constitue pas un plan d'action détaillé, mais un cadre structurant pour l'opérationnalisation de la stratégie, destiné à guider la mise en œuvre progressive des instruments et à assurer la cohérence d'ensemble des actions engagées en matière d'« Appropriate Care ».

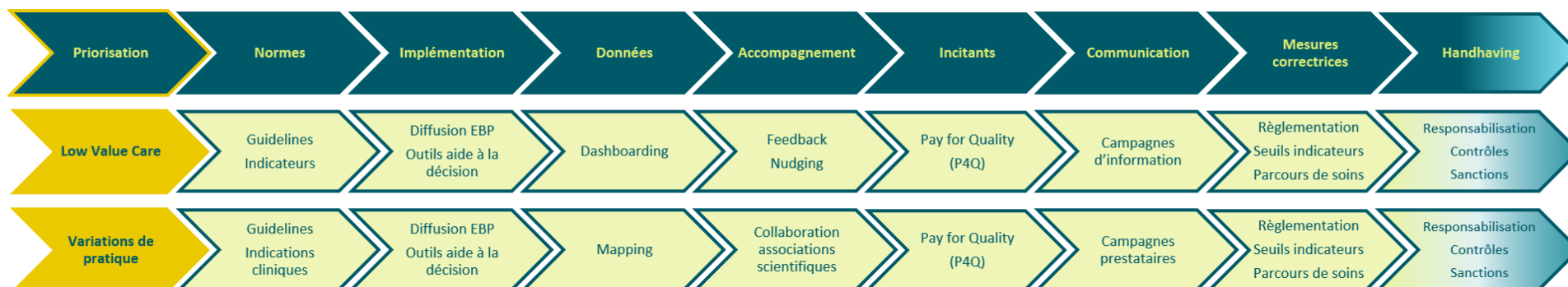


Figure IV-1 : Matrice conceptuelle du plan AC

V Gouvernance et mise en œuvre de la stratégie

Ce chapitre précise le cadre de gouvernance et les modalités de mise en œuvre de la stratégie « Appropriate Care ». Après un positionnement général, il explicite d’abord l’ancrage de la stratégie au regard des objectifs fédéraux de soins de santé, avant de décrire les rôles des instances et partenaires et, enfin, les modalités opérationnelles et les priorités pour 2026–2027.

V.1 Positionnement général de la stratégie

Le présent plan « Appropriate Care » s’inscrit dans une logique de transformation progressive du système de santé, visant à renforcer de manière structurée la pertinence, l’efficacité et la qualité des soins. Il constitue un cadre stratégique permettant d’articuler de manière cohérente les différents leviers d’action disponibles, en assurant un lien explicite entre l’analyse des pratiques, la définition des priorités, la production de référentiels et leur implémentation effective sur le terrain. Dans cette perspective, la stratégie repose sur une approche intégrée, mobilisant de manière coordonnée les différents acteurs institutionnels et sectoriels, dans le respect de leurs compétences respectives.

V.2 Articulation avec les objectifs de soins de santé

La stratégie « Appropriate Care » s’articule avec les objectifs de soins de santé définis au niveau fédéral, et en particulier avec les objectifs relatifs :

- Meilleure utilisation des données (OSS1)
- Augmentation de l’efficacité des soins (OSS2)

Dans ce cadre, les objectifs de soins de santé constituent le cadre stratégique pluriannuel, fixant les priorités du système et les ambitions en matière de qualité, d'efficacité et d'accessibilité. Le plan stratégique « Appropriate Care » constitue, pour sa part, un instrument de mise en œuvre à horizon plus court, visant à traduire certaines de ces priorités en interventions concrètes, en particulier en matière de réduction du « Low Value Care » et des variations injustifiées de pratique. L'articulation entre ces deux niveaux repose sur une logique de complémentarité et d'interaction continue :

- les objectifs de soins de santé définissent les orientations stratégiques
- le plan « Appropriate Care » permet leur opérationnalisation progressive
- les résultats et enseignements issus de l'opérationnalisation du plan alimentent en retour la définition et l'ajustement des priorités

Cette approche renforce une logique de cycle d'amélioration continue, en consolidant la cohérence entre stratégie, mise en œuvre et évaluation.

V.3 Rôle de la Commission Appropriate Care

La Commission Appropriate Care constitue l'instance centrale de pilotage stratégique du dispositif. Elle assure un rôle structurant dans l'orientation, la coordination et la cohérence des politiques visant à renforcer la pertinence et l'efficacité des soins. À ce titre, elle intervient en premier lieu dans la priorisation des thématiques d'intervention, en s'appuyant sur les analyses disponibles et en intégrant les différentes sources d'information, qu'elles soient issues des analyses de données, des travaux scientifiques ou des signaux émanant du terrain et des acteurs institutionnels. Elle permet ainsi d'objectiver les choix stratégiques et de concentrer les efforts sur les domaines à plus fort impact potentiel.

La Commission joue également un rôle central dans la validation des orientations et des propositions d'action, en assurant un arbitrage éclairé entre les différentes options possibles.

Elle garantit que les interventions retenues sont cohérentes avec les objectifs du système de santé, fondées sur les données probantes et proportionnées aux enjeux identifiés. Dans le cadre de cette fonction, la Commission peut faire appel à des chambres scientifiques ad hoc, constituées en fonction des thématiques traitées. Celles-ci apportent un éclairage complémentaire, à la fois scientifique et ancré dans la pratique, sur les constats objectifs, contribuent à interpréter les écarts observés et soutiennent l'identification d'actions possibles en prise avec les réalités du terrain.

Au-delà de cette fonction d'orientation, la Commission assure une mission essentielle de coordination et de mise en cohérence entre les différents acteurs et instruments mobilisés. Elle constitue un espace structuré de dialogue et de concertation, permettant d'articuler de manière cohérente les contributions des administrations, des académiques, des organismes assureurs, des experts scientifiques et des représentants des prestataires. Dans ce cadre, elle veille à l'alignement des actions menées avec les cadres stratégiques plus larges. Elle contribue ainsi à inscrire les interventions dans une logique d'ensemble, en évitant les approches fragmentées et en favorisant la convergence des initiatives.

En tant qu'instance de pilotage stratégique, la Commission Appropriate Care constitue dès lors un élément central du dispositif, assurant la cohérence, la crédibilité et la continuité de la stratégie.

V.4 Rôle de l'INAMI

V.4.1 La Direction Appropriate Care

La Direction Appropriate Care assure un rôle central dans la structuration et la mise en œuvre de la stratégie. Ses missions se concentrent autour de trois fonctions principales :

- analyse et objectivation des pratiques, via l'exploitation des données et des indicateurs

- soutien à la priorisation stratégique, en identifiant les domaines à fort potentiel d'amélioration
- accompagnement des dynamiques d'amélioration, en collaboration avec les acteurs de terrain

Elle joue un rôle de mise en cohérence entre les différents instruments mobilisés, en veillant à leur alignement dans une logique de chaîne de valeur, allant de l'identification des problématiques jusqu'au suivi des impacts.

V.4.2 Rôle du Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux

Le SECM contribue à garantir l'utilisation optimale du budget de l'assurance soins de santé en agissant sur les comportements de prescription et d'attestation. À ce titre, il constitue un acteur clé du volet « Handhaving / Enforcement » du plan « Appropriate Care ». Sur base des données transmises par la Direction Appropriate Care, le SECM procédera à une analyse détaillée des éléments entrants en ligne de compte et aura la possibilité de mener les actions et de prendre les mesures les plus adaptées à la situation (Information, Evaluation, Contrôle).

V.5 Rôle des partenaires institutionnels et des OA

La mise en œuvre de la stratégie repose sur une collaboration étroite entre plusieurs acteurs, dont les rôles sont complémentaires :

- Le KCE remplit un rôle d'autorité centrale en matière EBP, en assurant la production, la validation et l'actualisation de connaissances scientifiques et de directives cliniques qui servent de référentiel au déploiement de l'« Appropriate Care ». La centralisation progressive des activités EBP au sein du KCE (dont Evikey) vise à renforcer la cohérence entre développement des référentiels, soutien à l'implémentation et suivi. Par « Horizon Scanning » et en articulation avec la Commission Appropriate Care, le KCE contribue à la priorisation des thématiques liées au « Low Value Care » et aux variations de pratique, et

fait le lien entre fondements scientifiques, priorités de politique de santé et mise en œuvre. Enfin, le programme d'évaluation du KCE constitue un appui complémentaire au plan « Appropriate Care », en produisant des évaluations de processus et d'impact des interventions et programmes de soins.

- Le SPF Santé publique garantit l'alignement du plan avec le cadre fédéral de qualité et de sécurité des soins : impulsion et coordination des politiques transversales (notamment liées à la Loi qualité), articulation avec les priorités de santé publique, et mobilisation des instances compétentes pour assurer la cohérence réglementaire et le déploiement des dispositifs qualité/sécurité en appui des actions « Appropriate Care ». Il contribue également au renforcement de l'approche centrée patient, notamment via l'intégration progressive des PROM's et PREM's dans les démarches de qualité et les mécanismes de suivi. Enfin, il joue un rôle important de relais de communication vers le grand public et les patients, via des campagnes cohérentes avec les priorités de la stratégie « Appropriate Care ».
- Sciensano apporte une expertise populationnelle et épidémiologique pour éclairer la priorisation des sujets et l'évaluation des actions : analyses de l'état de santé, charge de morbidité, mortalité évitable, inégalités et indicateurs de santé publique, permettant de contextualiser les constats issus des données de remboursement et d'apprécier l'impact des actions sur les besoins de la population et l'équité d'accès aux soins.
- Les organismes assureurs jouent un rôle crucial dans la mise en œuvre opérationnelle de la stratégie, via leur implication dans le modèle de concertation actuel ou dans les futures chambres scientifiques thématiques ad hoc. Ils contribuent à l'objectivation et au suivi de la consommation de soins au moyen des données de remboursement, à la production et au suivi d'indicateurs (p. ex. volumes, profils de prescription, recours à certains actes, écarts et évolutions), et à l'identification de signaux utiles pour orienter les choix de priorisation. Dans le cadre de leurs compétences, ils participent également au suivi de l'exécution correcte des règles de remboursement et, le cas échéant, à des dispositifs visant à renforcer l'efficacité. Selon les dispositifs retenus, ils peuvent enfin contribuer à la mise à disposition de retours d'information (feedback) au niveau de leurs assurés.

V.6 Axes prioritaires pour la période 2026–2027

Pour la période 2026–2027, la stratégie « Appropriate Care » se concentre donc sur quatre axes prioritaires, que l'on peut regrouper en **axes prioritaires opérationnels** (qui portent sur des champs d'action ciblés) et **axes prioritaires transversaux** (qui constituent des prérequis ou corequis structurants).

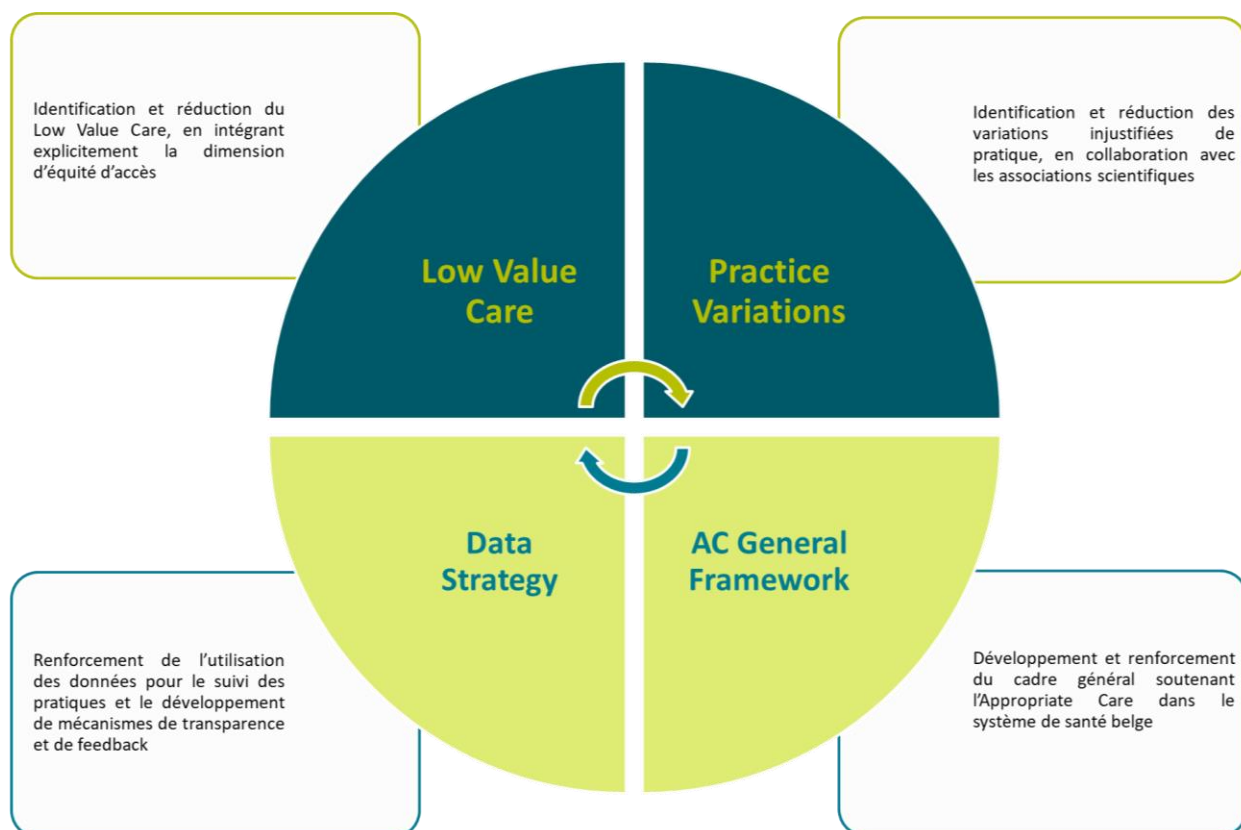


Figure V-1 : Axes prioritaires

Les priorités présentées ci-dessus n'appellent pas toutes le même type de développement dans la suite du présent chapitre. Car si les axes transversaux ont vocation à soutenir l'ensemble de la stratégie en renforçant son cadre général de déploiement, les développements qui suivent portent plus spécifiquement sur les modalités générales de mise en œuvre des axes opérationnels. Il s'agit, à ce stade, non d'en proposer une déclinaison exhaustive, mais d'en préciser la logique d'ensemble, en lien avec les instruments présentés au chapitre IV et avec leur mobilisation selon la nature des enjeux identifiés.

V.7 Modalités générales de mise en œuvre

La mise en œuvre de la stratégie « Appropriate Care » repose sur la mobilisation coordonnée d'un ensemble structuré d'instruments, tels que définis dans le cadre conceptuel. Ces instruments s'inscrivent dans une logique séquentielle et complémentaire, formant une chaîne d'intervention cohérente allant de la priorisation des enjeux jusqu'à la responsabilisation des acteurs. Dans cette perspective, la matrice conceptuelle présentée précédemment constitue un cadre d'articulation utile en permettant de mettre en relation, pour chacun des deux axes opérationnels, les différents instruments mobilisables et d'en structurer l'enchaînement. Elle ne se veut pas être un plan d'action détaillé, mais fournit un fil conducteur pour organiser, à un niveau général, le passage du diagnostic à l'action.

V.7.1 Application à l'axe « Low Value Care »

Pour l'axe « Low Value Care », l'enjeu principal est d'identifier des thématiques dans lesquelles le système produit, de manière structurelle, des soins de faible valeur ou, à l'inverse, ne garantit pas suffisamment l'accès à des soins nécessaires. La logique de mise en œuvre porte donc prioritairement sur la qualification des situations à traiter, la consolidation des référentiels applicables et la mobilisation de leviers susceptibles d'agir sur l'organisation générale des soins. Elle inclut, selon les cas, des situations d'« overuse », de « misuse » mais aussi d'« underuse », y compris lorsqu'elles concernent des interventions préventives.

- Priorisation : sélectionner les thématiques de « Low Value Care » à plus fort impact potentiel sur base d'analyses croisées (fréquence, potentiel de gain, faisabilité, impact attendu sur la qualité et l'équité, ainsi que considérations de santé publique), et organiser leur instruction avec les partenaires compétents.

- Normes : identifier, produire ou consolider les recommandations et référentiels qui permettent de qualifier explicitement les situations de soins de faible valeur ou, à l'inverse, d'insuffisante délivrance de soins nécessaires, y compris en matière de prévention, et de préciser, le cas échéant, les exceptions cliniques pertinentes.
- Implémentation : déployer des dispositifs favorisant l'adoption des référentiels applicables (diffusion EBP, outils d'aide à la décision, supports d'implémentation, actions ciblées), en tenant compte des barrières propres au secteur et, le cas échéant, des freins spécifiques à la prévention ou à l'accès aux soins nécessaires.
- Données : opérationnaliser le suivi au moyen d'indicateurs et de tableaux de bord permettant d'objectiver les volumes, les évolutions et les écarts d'accès aux soins, et de mettre ces informations à disposition des acteurs de terrain, des décideurs et, lorsque cela est pertinent, du grand public.
- Accompagnement : organiser un dialogue structuré avec les secteurs et acteurs de terrain pour interpréter les constats, soutenir des plans d'amélioration et favoriser l'appropriation des objectifs poursuivis.
- Incitants : lorsque nécessaire, mobiliser des leviers d'incitation afin d'aligner les comportements et l'organisation des soins avec les objectifs poursuivis, notamment lorsque la structure actuelle du système favorise un recours excessif, inadéquat ou insuffisant à certaines prestations.
- Communication : soutenir la lisibilité des messages et des attentes à destination des professionnels et, le cas échéant, des patients, en cohérence avec les référentiels retenus et les priorités identifiées.
- Mesures correctrices : lorsque des ajustements structurels apparaissent nécessaires, envisager des adaptations des règles, des conditions de remboursement, de la nomenclature ou de l'organisation des parcours de soins, y compris, le cas échéant, la fixation de seuils pour certains indicateurs existants ou nouvellement développés dans le cadre de l'instrument « Données », afin de réduire structurellement le recours à des soins de faible valeur ou, à l'inverse, de soutenir l'accès à des soins nécessaires.

- « Handhaving » : en dernier ressort, lorsque les instruments précédents ne suffisent pas et que des écarts persistants sont observés au regard des normes applicables, mobiliser les mécanismes proportionnés de contrôle et d'application décrits au point relatif au rôle du SECM, sur base d'une analyse des éléments pertinents et, le cas échéant, au moyen d'actions d'information, d'évaluation ou de contrôle adaptées à la situation.

V.7.2 Application à l'axe « Variations de pratique »

Pour l'axe « Variations de pratique », la logique de mise en œuvre est différente : il s'agit moins de qualifier d'emblée une thématique comme relevant du « Low Value Care » que d'objectiver des écarts de pratiques, puis d'en interpréter le sens avec les acteurs concernés. Cet axe repose donc plus directement sur l'analyse comparative des données, sur le travail avec les associations scientifiques autour de thématiques clés, et sur l'utilisation des chambres ad hoc déjà évoquées pour distinguer les variations explicables de celles qui appellent une action.

- Priorisation : recenser, au départ des retours du terrain, notamment des associations scientifiques et des autres acteurs concernés, les thématiques et sujets de variation portés à la connaissance de l'INAMI et y ajouter, le cas échéant, d'autres sujets identifiés comme pertinents au regard des analyses disponibles. Ensuite, sur base d'un outil à développer et de critères prédéfinis, opérer un choix cohérent en tenant compte des moyens de mise en œuvre mobilisables.
- Normes : mobiliser les recommandations existantes et, lorsque nécessaire, travailler avec les associations scientifiques concernées afin d'en préciser l'interprétation, notamment dans les chambres ad hoc déjà évoquées.
- Implémentation : déployer des démarches ciblées d'amélioration orientées sur les points de divergence identifiés, en tenant compte des spécificités locales, organisationnelles ou professionnelles.

- Données : produire des analyses de variations robustes, incluant les standardisations et stratifications pertinentes, et mettre à disposition des acteurs de terrain, des décideurs et, lorsque cela est pertinent, du grand public, des informations leur permettant de se situer et de suivre l'évolution des variations de pratique.
- Accompagnement : organiser, dans les chambres thématiques ad hoc, avec les associations scientifiques, les acteurs de terrain concernés et les autorités impliquées, un travail d'analyse et d'interprétation des écarts observés, afin d'en objectiver les causes possibles, de distinguer les variations explicables de celles qui appellent une action et de construire des pistes de solution et d'amélioration adaptées aux problématiques mises en évidence.
- Incitants : lorsque nécessaire, mobiliser des leviers d'incitation afin d'aligner les comportements et l'organisation des soins avec les objectifs poursuivis, notamment lorsque la structure actuelle du système favorise un recours excessif, inadéquat ou insuffisant à certaines prestations.
- Communication : structurer des mécanismes de feedback réguliers, compréhensibles et comparatifs, adaptés aux publics concernés, afin de rendre visibles les écarts observés et de favoriser leur prise en compte par les acteurs concernés.
- Mesures correctrices : lorsque des écarts persistants et insuffisamment justifiés sont mis en évidence, envisager des ajustements des règles, des conditions de remboursement, de la nomenclature ou de l'organisation des parcours de soins, y compris, le cas échéant, la fixation de seuils pour certains indicateurs existants ou nouvellement développés dans le cadre de l'instrument « Données », afin de réduire les variations de manière structurelle.
- « Handhaving » : en dernier ressort, lorsque les instruments précédents ne suffisent pas et que des écarts persistants et insuffisamment justifiés sont observés au regard des normes applicables, mobiliser les mécanismes proportionnés de contrôle et d'application décrits au point relatif au rôle du SECM, sur base d'une analyse des éléments pertinents et, le cas échéant, au moyen d'actions d'information, d'évaluation ou de contrôle adaptées à la situation.

V.7.3 Une mise en œuvre graduée et itérative

La stratégie sera mise en œuvre de manière progressive et proportionnée, en combinant les instruments présentés au chapitre IV en fonction des enjeux identifiés et du contexte des secteurs concernés. L'objectif est d'ancrer d'abord un cadre lisible (attentes, référentiels, transparence) et de privilégier, lorsque cela est pertinent, des démarches d'amélioration et d'accompagnement, tout en conservant la possibilité de mobiliser des leviers plus structurants lorsque les constats le justifient. Ce déploiement s'inscrit dans une logique de pilotage et d'apprentissage permanent : les analyses, les indicateurs et les retours du terrain permettront d'ajuster la priorisation, de préciser les référentiels et d'adapter, au fil du temps, la combinaison d'instruments mobilisée.

Enfin, une évaluation ex post sera réalisée de manière progressive, à différents moments clés de la mise en œuvre, afin d'objectiver l'avancement des travaux au regard des priorités opérationnelles et d'en tirer les enseignements utiles pour la période suivante. L'ensemble de ces modalités sera décliné de manière concrète et détaillée dans un plan opérationnel qui découlera de la présente stratégie.

VI Conclusion

Ce plan stratégique pluriannuel 2026–2027 a pour objectif de consolider une stratégie « Appropriate Care » intégrée, en reliant explicitement constats, référentiels et leviers d’action. Il s’intègre dans une logique de transformation progressive du système de santé, visant à améliorer la pertinence, l’efficacité et la qualité des soins, tout en renforçant l’équité et la soutenabilité de l’assurance soins de santé.

La stratégie est structurée autour de quatre **axes prioritaires**, articulant deux axes **opérationnels** (la réduction du « Low Value Care » et des variations injustifiées de pratique) et deux axes **transversaux** (le renforcement de l’usage des données et le développement du cadre général et de la gouvernance). Ensemble, ils constituent un cadre commun permettant de prioriser les domaines d’intervention, de mobiliser une combinaison d’instruments proportionnée aux enjeux et d’assurer la cohérence des actions menées avec les partenaires institutionnels, les secteurs et les OA.

La mise en œuvre reposera sur une mobilisation graduée, sous le pilotage de la Commission Appropriate Care, et fera l’objet d’une évaluation aux moments clés afin d’en tirer les enseignements et d’ajuster la trajectoire. Sur cette base, l’opérationnalisation détaillée de la stratégie sera formalisée dans un **plan opérationnel** qui précisera, pour la période considérée, les priorités instruites, les responsabilités, le calendrier de mise en œuvre et les modalités de suivi.