



VACCINATION PRIORITAIRE DES PERSONNES À RISQUE LORS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 DE 2021 EN BELGIQUE

Rapport Groupe de travail Organisation de la stratégie de vaccination) (Task Force Vaccination)

18 mars 2022



	Page	52
1.	INTRODUCTION	5
1.1.	SITUATION ET POINTS DE DÉPART	5
1.2.	GOUVERNANCE ORGANISATION STRATÉGIE DE VACCINATION	6
1.2.1.	Commissariat Corona du Gouvernement interfédéral : « l'huile dans les rouages de la machine »...	6
1.2.2.	Task Force Opérationnalisation de la stratégie de vaccination COVID-19	6
1.2.3.	Groupe de travail Organisation de la stratégie de vaccination	6
1.3.	SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ BELGE : RÉPARTITION DES COMPÉTENCES ; ORGANISATION DE L'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE, RÔLE DE LA FONDATION REGISTRE DU CANCER	8
1.3.1.	Le système de soins de santé belge	8
1.3.2.	La répartition des compétences dans le système de soins de santé belge	9
1.3.3.	L'organisation de l'assurance-maladie sociale.....	10
1.3.4.	LA fondation Registre du Cancer	12
1.4.	STRATÉGIE DE VACCINATION EN BELGIQUE DANS LE CADRE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19.....	13
2.	JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE DE LA SÉLECTION DU GROUPE À RISQUE.	15
2.1.	LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ.....	15
2.2.	L'AVIS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ	15
2.3.	PRINCIPALES CONCLUSIONS DU RAPPORT CONSULTATIF 9618 DU 05-02-2021 : RECOMMANDATIONS POUR LA DÉFINITION DE PRIORITÉS POUR LA VACCINATION CONTRE LE SRAS-COV-2 DE SOUS-GROUPES DE PATIENTS DE MOINS DE 65 ANS.	16
3.	STRATÉGIE DU PROCESSUS DE SÉLECTION : UNE COMBINAISON DE SÉLECTION CENTRALISÉE (ORGANISMES ASSUREURS) ET DÉCENTRALISÉE (MÉDECINS GÉNÉRALISTES), COMPLÉTÉE PAR UNE SÉLECTION INDIVIDUELLE PAR DES SPÉCIALISTES POUR LES MALADIES RARES.	18
3.1.	INTRODUCTION	18
3.2.	CONTEXTE JURIDIQUE	18

3.2.1.	Activation de l'invitation	19
3.2.2.	Enregistrement dans Vaccinnet	20
3.2.3.	Traitement des données	20
3.2.4.	Vaccination des mineurs	24
3.3.	LA SÉLECTION	27
3.3.1.	La sélection centralisée.....	27
3.3.2.	Description de la sélection décentralisée.....	32
3.3.3.	Données sur le déroulement du processus de sélection décentralisée	34
3.3.4.	Sélection supplémentaire, visant des (sous-)groupes cibles spécifiques.....	34
3.4.	RÉSULTATS DES SÉLECTIONS	37
3.5.	DES OUTILS DE MONITORING POUR SUIVRE QUOTIDIENNEMENT LA COUVERTURE VACCINALE DANS LE GROUPE DES PERSONNES À RISQUE	41
3.5.1.	Tableau de bord d'activation de la vaccination	41
3.5.2.	Baromètre de la vaccination COVID-19 pour les médecins généralistes.....	41
4.	COÛT DE LA VACCINATION PRIORITAIRE	52
5.	RÔLE DE SENSIBILISATION DU PHARMACIEN	53
5.1.	POINTS DE DÉPART	53
5.2.	IMPLÉMENTATION TECHNOLOGIQUE	53
5.3.	DESCRIPTION DE L'INTERVENTION	54
5.4.	RÉSULTATS	54
5.5.	FUTUR – ENSEIGNEMENTS TIRÉS POUR UNE PROCHAINE PHASE.....	56
6.	LES ASSOCIATIONS DE PATIENTS : RÔLE ET IMPACT DANS LE PROCESSUS.....	57
6.1.	ASSOCIATIONS DE PATIENTS EN BELGIQUE.....	57
6.2.	IMPORTANCE DE LA PARTICIPATION DES PATIENTS AU PROCESSUS	57

6.3.	RÔLES ASSUMÉS PAR LES ASSOCIATIONS DE PATIENTS	57
6.4.	IMPACT DES ASSOCIATIONS DE PATIENTS	58
7.	COMMUNICATION : CONCERTATION PERMANENTE AVEC TOUTES LES PARTIES PRENANTES ET FOURNITURE D'INFORMATIONS À CELLES-CI.....	60
8.	VACCINATION PRIORITAIRE ET ÉQUITÉ.....	61
9.	LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS POUR L'ORGANISATION FUTURE DES SOINS DE SANTÉ ET L'IMPORTANCE DE LA GESTION DE POPULATION EN CAS DE MISE EN ŒUVRE URGENTE DE PROJETS À GRANDE ÉCHELLE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ.	63
9.1.	QU'AVONS-NOUS APPRIS AU NIVEAU « MACRO » ?	63
9.2.	QU'AVONS-NOUS APPRIS AU NIVEAU « MÉSO » ?	66
9.3.	QU'AVONS-NOUS APPRIS AU NIVEAU « MICRO » ?	67
9.4.	REMARQUES FINALES : NÉCESSITÉ D'INNOVER DANS LE DOMAINE DES DONNÉES, DES MODÈLES DE SOINS ET DES MODÈLES DE FINANCEMENT EN VUE DE SOINS DE SANTÉ DURABLES ET ORIENTÉS VERS L'AVENIR.	68
	COLOPHON	70
	LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES	71

1. INTRODUCTION

1.1. SITUATION ET POINTS DE DÉPART

Dans la première partie du rapport, nous décrivons comment la vaccination prioritaire des personnes à risque a été organisée lors de la pandémie de COVID-19 en Belgique. Dans la seconde partie de ce rapport, nous tentons de répondre à la question : Quelle impact l'approche de vaccination prioritaire a-t-elle eu sur l'hospitalisation, l'admission en soins intensifs et les décès ?

La campagne de vaccination contre le COVID-19 est basée sur le principe important, connu internationalement sous le nom de *Quintuple Aim*:

- offrir une expérience de qualité positive aux citoyens,
- améliorer la santé au niveau de la population,
- accroître la justice sociale dans la prestation des soins (*leave no one behind* </315),
- prêter attention au bien-être des dispensateurs de soins
- et créer autant de « valeur » que possible avec les ressources déployées.

En septembre 2020, la National Academy of Medicine américaine a publié le rapport^a *Framework for equitable allocation of COVID-19 vaccine*, dans lequel ces principes ont été traduits en trois critères importants pour les procédures suivies : elles doivent être correctes, transparentes et scientifiquement étayées.

C'est pourquoi le point de départ est toujours les connaissances scientifiques – pour autant qu'elles soient déjà présentes lors d'une nouvelle pandémie (une mission du Conseil Supérieur de la Santé). La Task Force convertit alors ces connaissances en une stratégie de vaccination, validée ensuite politiquement en Conférence interministérielle, par les Ministres de la Santé. Les priorités appliquées mettent l'accent sur la justice sociale. La stratégie de vaccination repose prioritairement sur l'équité (justice sociale) : l'accès à la vaccination est attribué en priorité aux personnes les plus exposées au risque de contamination et à celles qui présentent un risque accru de complications graves (hospitalisation, admission en soins intensifs, décès).

Le choix s'est résolument porté sur un modèle participatif. Toutes les parties prenantes ont pu contribuer, via la concertation, aux choix effectués pour la vaccination prioritaire et un processus de vaccination accessible, efficace et transparent. Pour garantir ces principes, le Commissariat Corona du Gouvernement interfédéral a été élargi en novembre 2020 afin d'y inclure une Task Force Stratégie de vaccination COVID-19. Au sein de cette Task Force, un groupe de travail Organisation a été créé, qui s'est initialement concentré sur la vaccination des personnes âgées de 45 à 65 ans souffrant de comorbidité. Par la suite, la mission a été étendue au soutien de la mise en œuvre de l'ensemble de la stratégie de vaccination.

^a National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. Framework for equitable allocation of COVID-19 vaccine. Washington, DC : The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25917>

1.2. GOUVERNANCE ORGANISATION STRATÉGIE DE VACCINATION

1.2.1. COMMISSARIAT CORONA DU GOUVERNEMENT INTERFÉDÉRAL : « L'HUILE DANS LES ROUAGES DE LA MACHINE »

La vaccination à grande échelle de l'ensemble de la population alors qu'une pandémie frappait la société était une première pour notre pays. Il était donc important d'impliquer dès le début toutes les personnes concernées, afin de garantir un flux efficace d'information et de communication fluide. C'est pour cette raison qu'a été créé le Commissariat Corona du Gouvernement interfédéral, "l'huile dans les rouages de la machine" (Pedro Facon, commissaire Corona, octobre 2020).

L'accord de gouvernement de septembre 2020 stipulait : « Le gouvernement désignera un commissaire mandaté pour une **période de douze mois**, soutenu par une équipe afin d'**assurer la coordination des politiques de santé entre le niveau fédéral et les entités fédérées**. Ce mandat est renouvelable par périodes de six mois. Le commissaire sera assisté par un comité scientifique interdisciplinaire et multidisciplinaire, qui pourra être complété par des scientifiques internationaux et par une équipe de gestionnaires de projet. Il se tiendra au courant de manière structurée des <810**nouvelles connaissances sur le virus et se penchera aussi sur l'impact sociétal, économique et social des mesures.** »

1.2.2. TASK FORCE OPÉRATIONNALISATION DE LA STRATÉGIE DE VACCINATION COVID-19

Afin de mener à bien le déploiement du programme de vaccination, une Task Force interfédérale Opérationnalisation de la stratégie de vaccination COVID-19, en abrégé Task Force Vaccination (TF), a été créée au sein du Commissariat Corona du Gouvernement. Cette Task Force était chargée de l'élaboration de la stratégie de vaccination. Elle devait en outre déterminer, attribuer et soutenir toutes les actions nécessaires. Sa tâche consistait à coordonner. Cette Task Force était composée de représentants de services publics fédéraux et régionaux, de scientifiques et, le cas échéant, de représentants d'organisations professionnelles et de groupes de travail. Une équipe de base d'environ 10 personnes s'occupait de la gestion courante.

Les 4 entités fédérées étaient chargées de l'organisation pratique de la vaccination. Le tout s'est déroulé en étroite concertation avec la Task Force, au sein de laquelle elles siégeaient également.

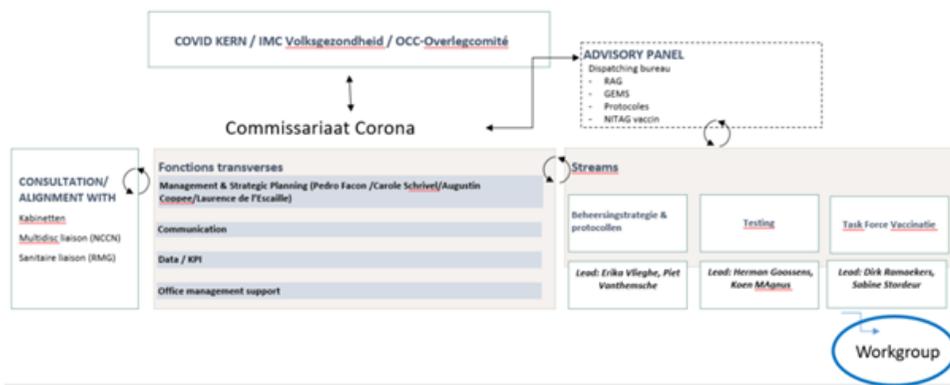
Sur base de l'avis de la Task Force Vaccination du 5 décembre sur la stratégie de vaccination COVID-19 pour la Belgique (https://d34j62pplfm3rr.cloudfront.net/downloads/Note_TF_Strategy_Vaccination_FR_0312_post_press.pdf), la Conférence Interministérielle de Santé Publique a décidé de vacciner contre le COVID-19 en priorité les personnes présentant certaines comorbidités (ci-après dénommées « patients à risque »).

1.2.3. GROUPE DE TRAVAIL ORGANISATION DE LA STRATÉGIE DE VACCINATION

Afin de préparer la vaccination des patients âgés de 45 à 65 ans présentant des comorbidités, un groupe de travail *Vaccination des personnes à risque âgées de 45 à 64 ans* a été créé au sein de la Task Force Vaccination fédérale en novembre 2020. Sa première tâche consistait à mettre au point un système permettant d'identifier les personnes présentant un risque accru de complications graves (hospitalisation, admission en soins intensifs, décès) et de les inviter à se faire vacciner en priorité. Par la suite, les tâches ont été étendues et le groupe de travail a été rebaptisé *organisation vax strategy* (Organisation de la stratégie de vaccination, ci-après « le groupe de travail »).

La communication interne et externe a fait l'objet d'une attention particulière.

Figure 1: Communication au sein de la Task Force Vaccination et du groupe de travail



Les principales parties prenantes de la vaccination des patients à risque étaient représentées dans ce groupe de travail :

- les associations professionnelles de médecins généralistes et de médecins spécialistes
- les associations professionnelles de pharmaciens
- les organismes assureurs/mutualités/l'AIM
- les associations de patients
- la Task Force Vaccination
- un spécialiste en droit médical
- des experts universitaires
- les autorités fédérales (entre autres ICT, gestion des données, législation sur la protection de la vie privée) et les entités fédérées, qui étaient responsables du déploiement opérationnel des vaccinations

Un membre de la Task Force Vaccination présidait le groupe de travail. Il s'est réuni chaque semaine, ou chaque fois que cela s'est avéré nécessaire, ce qui assurait un ajustement constant. Les participants au groupe de travail veillaient quant à eux à ce que les informations nécessaires soient transmises aux membres et aux collaborateurs concernés, notamment par le biais de newsletters, de mailings, de sites web et de webinaires. D'autre part, le président faisait régulièrement rapport à la Task Force Vaccination. De cette façon, les violons étaient continuellement accordés.

1.3. SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ BELGE : RÉPARTITION DES COMPÉTENCES ; ORGANISATION DE L'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE, RÔLE DE LA FONDATION REGISTRE DU CANCER

1.3.1. LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ BELGE

En Belgique, le système de soins de santé est globalement similaire à celui de la plupart des autres pays européens, mais il est unique sur le plan de la technique d'assurance^b.

Nous avons des prestataires de soins de première ligne, avec un rôle central pour les médecins généralistes. La majorité des médecins généralistes s'organisent librement dans des cabinets indépendants, seuls ou en groupe, éventuellement avec d'autres dispensateurs de soins de première ligne tels qu'infirmières, kinésithérapeutes, diététiciens, etc. Le nombre des cabinets individuels est en recul. Le financement est purement lié aux prestations, à quelques exceptions près comme par exemple les indemnités de garde et les honoraires en contrepartie du dossier médical global (DMG). En outre, il y a de plus en plus de centres de santé de quartier : des maisons médicales financées via une redevance forfaitaire annuelle par patient enregistré. Des infirmières et des kinésithérapeutes font partie de l'équipe fixe. Les deux systèmes ne peuvent être utilisés simultanément par le patient. Dans quelques années, le nombre de cabinets de groupe de médecins généralistes indépendants et le nombre de centres de santé de quartier seront à peu près identiques. Les cabinets de groupe de médecins généralistes indépendants utilisent de plus en plus le dossier médical global comme outil d'enregistrement. De plus en plus, le patient ne se voit facturer que la contribution personnelle ; le montant assuré est réglé directement avec la mutualité.

En deuxième ligne, nous trouvons 103 hôpitaux généraux qui ont récemment créé 25 réseaux hospitaliers. Les 7 hôpitaux universitaires et les 17 hôpitaux à caractère universitaire offrent des soins de troisième ligne. Les soins en hôpital évoluent davantage vers des soins dispensés depuis l'hôpital par la première ligne ainsi que vers des soins plus multidisciplinaires en raison de l'augmentation des pathologies chroniques et du vieillissement de la population. Il existe un financement lié aux institutions pour ces hôpitaux, en plus du financement lié au patient via des prestations. En Belgique, nous disposons d'une nomenclature extrêmement précise. Il s'agit d'un inventaire de tous les actes médicaux possibles et de la rémunération qui peut être demandée pour ceux-ci dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. Dans le monde hospitalier, une première tentative de financement par pathologie est actuellement mise en place, appelée soins à basse variabilité, qui est aussi un suivi de la personne.

En Belgique, il n'y a pas d'échelonnement : les patients ont la liberté de consulter n'importe quel niveau de soins de leur propre initiative et d'obtenir un remboursement s'ils sont couverts par la sécurité sociale. (= presque tout le monde, voir point 1.3.3.). En outre, il n'y a pratiquement pas de listes d'attente. Les listes d'attente se sont récemment développées principalement dans les disciplines où il y a une pénurie de médecins, mais cela est également dû à l'absence d'une bonne répartition des tâches (par exemple entre généralistes et spécialistes). Depuis 1997, le nombre d'étudiants en médecine est limité par un examen d'entrée.

Le 1er mai 2002, le dossier médical global (DMG) a été lancé dans l'intérêt des patients, afin de mieux coordonner leurs soins, d'empêcher le « shopping », d'augmenter la qualité des soins et d'éviter des dépenses inutiles pour l'assurance-maladie. Un médecin généraliste (ou un groupe de médecins généralistes) dispose d'un dossier électronique qui, en théorie, contient toutes les informations médicales. Chaque médecin qui s'occupe d'un patient en consultation rend compte au médecin généraliste gérant le DMG. Les patients suivis dans un centre de santé de quartier ou un cabinet à tarif forfaitaire ont d'office un DMG. Des incitations financières ont été mises en place pour soutenir ce système sans obligation avec des honoraires forfaitaires annuels pour le médecin généraliste (32 euros en 2021) et pour le patient une réduction sur les

^b Les performances du système de soins de santé belge - Rapport 2019 - KCE (fgov.be)

honoraires du médecin généraliste DMG. A remarquer qu'il existe de grandes différences régionales dans l'utilisation du DMG. La Flandre abrite 58 % de la population. Une proportion égale des médecins généralistes DMG vit en Flandre (58,5%). Plus de la moitié (61,5 %) de ces généralistes ont plus de 500 patients titulaires d'un DMG. La Wallonie abrite 32,5 % des médecins généralistes DMG, ce qui est proportionnel à la population (31 %), mais seulement 46 % des médecins généralistes DMG ont plus de 500 patients titulaires d'un DMG. À Bruxelles, il y a moins de médecins DMG (9 %) par rapport à la population (11 %) et la majorité d'entre eux (65,5 %) ont moins de 500 patients titulaires d'un DMG. En Flandre, les cabinets de médecins généralistes sont plus grands et l'utilisation du DMG est sensiblement plus élevée. Pendant la période du COVID, un financement supplémentaire de 20 euros par DMG a été prévu pour compenser le fait que les médecins généralistes soient « sur le pont » et leur contribution à la sélection des patients à risque.

Tableau 1: Données 2019 CM

Région	% d'habitants Belgique	% de patients titulaires d'un DMG	% de médecins DMG	% de médecins DMG ayant un nombre x de patients		
				< 100 patients	100<x< 500 patients	> 500 patients
Flandre	58	82	58,5	9	13,5	36
Wallonie	31	69	32,5	7,5	10	15
Bruxelles	11	59	9	2,9	3	2,8

1.3.2. LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES DANS LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ BELGE

La compétence fédérale en matière de système de soins de santé a été partiellement transférée, après six réformes de l'État, aux quatre communautés : La Flandre, la Wallonie, Bruxelles et la Communauté germanophone. Les compétences régionales comprennent entre autres l'aide sociale, les soins aux personnes âgées, la prévention, la reconnaissance et l'infrastructure des hôpitaux et l'organisation de la première ligne. Cela a entraîné des différences régionales dans l'organisation des soins. En Flandre, il existe ainsi 60 zones de première lignes (ELZ) avec leurs niveaux de soins respectifs. Un conseil de soins est composé de 24 personnes au maximum, dont les autorités locales, les prestataires de soins de première ligne, des représentants de l'aide sociale (par exemple les services de travail social des mutualités, les services de soins à domicile, etc.), des associations d'utilisateurs et éventuellement des experts, si nécessaire. Ils ont joué un rôle important dans la campagne de vaccination. La Wallonie et Bruxelles sont dépourvues de ces petites structures régionales.

La vaccination est essentiellement préventive et relève donc de la compétence des entités fédérées (communautés et régions). Ces entités sont responsables de la stratégie de vaccination, y compris de l'ajustement et de la mise en œuvre du calendrier vaccinal au niveau de la communauté, des marchés publics pour les vaccins qu'elles prennent en charge, de la promotion de la vaccination (par le biais de campagnes de sensibilisation), de l'évaluation des coûts, des études de couverture vaccinale, etc. Par conséquent, il existe également de légères différences entre les programmes de vaccination des communautés. Pour la Communauté flamande (en Flandre et à Bruxelles), l'« Agentschap Zorg en Gezondheid » (AZG) est l'organe central responsable de la politique de vaccination, sur avis du « Vlaamse Vaccinatiekoepel ».

En Communauté française (Fédération Wallonie-Bruxelles, FWB), les responsabilités sont réparties entre différents organismes selon la localisation ou la tranche d'âge de la population. L'Office National de la Naissance et de l'Enfance (ONE) est responsable pour les jeunes enfants, les écoles et la vaccination contre la coqueluche des femmes enceintes en FWB, et l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) pour les adultes en Wallonie.

La Commission communautaire commune (COCOM) est responsable de la politique de vaccination pour les institutions bilingues et des mesures imposées aux personnes vivant sur le territoire bilingue de la Région de Bruxelles-Capitale.

La Communauté germanophone (Deutschsprachige Gemeinschaft) est responsable de son propre programme de vaccination mais utilise la plate-forme de la Communauté française (par exemple pour les marchés publics).

Les autorités fédérales belges, dont le service public fédéral (SPF) Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, sont responsables pour des aspects spécifiques de la politique de vaccination. Par exemple, les autorités fédérales sont chargées de contrôler la vaccination contre la poliomyélite, étant donné que le caractère obligatoire de cette vaccination chez les nourrissons repose sur une compétence fédérale. Une obligation de vaccination COVID-19 (par exemple du personnel de santé à partir de 2022) est également une matière fédérale.

La population plus âgée a été sévèrement touchée par le COVID-19 au début de la pandémie, notamment dans les centres de soins résidentiels. L'aide des hôpitaux était nécessaire, alors que les hôpitaux relèvent de la compétence fédérale. Les spécialités pharmaceutiques sont une compétence fédérale, comme l'achat des vaccins, le contrôle de la qualité, etc., tandis que l'organisation de la vaccination est une compétence régionale ; les pharmaciens des centres de vaccination étaient donc financés par les régions pour préparer les vaccins.

En raison de cette imbrication entre les différentes compétences, il est vite apparu qu'une concertation permanente entre les entités fédérales et régionales était nécessaire. Leur présence au sein de la Task Force et du groupe de travail était essentielle.

1.3.3. L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE-MALADIE SOCIALE

L'organisation de l'assurance-maladie sociale en Belgique est unique en Europe. L'assurance-maladie financée par la sécurité sociale est une compétence fédérale et est organisée par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). L'INAMI reçoit ses budgets principalement par le biais des cotisations sociales sur le travail des employeurs, des travailleurs et des indépendants, sur la base du principe de solidarité. L'assurance-maladie est obligatoire pour tout habitant de Belgique et en principe gratuite, sauf pour les résidents (personnes qui ont un revenu autre que celui du travail). Grâce à différents mécanismes de correction, quasiment tout le monde bénéficie d'une assurance-maladie. En 2020, le nombre exact s'élevait à 11.360.839 personnes^c.

1.3.3.1. L'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE

Les mutualités ((ou organismes assureurs) sont les exécutants de l'assurance-maladie obligatoire. Elles répondent aux besoins en matière de soins de santé et accordent le revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie. Tout paiement à un prestataire de soins de santé, dans un hôpital et lors de l'achat d'un

^c source INAMI

médicament dans une pharmacie pour une personne qui a droit aux prestations de l'assurance-maladie est transmis aux mutualités. Les mutualités disposent de l'ensemble de ces données de facturation pour chacun de leurs membres. Les mutualités détiennent une énorme quantité de données de consommation de soins. Elles sont les seules à avoir une vision globale de l'utilisation des soins de santé par leurs membres. Par exemple, une facture pour l'achat de médicaments anti-hypertenseurs suggère que cette personne souffre d'hypertension. Les médecins-conseils au service des mutualités sont les seuls à avoir dans certains cas accès à des diagnostics médicaux. Ils sont au sein des mutualités les garants du secret médical.

Le rôle des mutualités va au-delà de la simple mise en œuvre, ce qui rend le système unique en Europe. Les mutualités représentent tous les patients et, ensemble, elles s'efforcent d'assurer l'accessibilité maximale aux soins de santé et leur caractère abordable. Elles ont aussi la responsabilité financière de gérer les budgets de manière responsable. Sous la supervision de l'INAMI, les mutualités concluent des accords avec les prestataires de soins de santé, notamment sur les tarifs et les honoraires, mais aussi sur la qualité des soins et, dans certains cas, sur des quotas.

Le système se situe à mi-chemin entre un paquet de base d'assurance-maladie pour tous (comme le National Health Service en Angleterre ou la Caisse primaire en France) et un système d'assureurs-maladie privés qui négocient des paquets d'assurance pour les employeurs (comme aux Pays-Bas). Le paquet de base en Belgique est toutefois beaucoup plus large qu'au Royaume-Uni ou en France. La différence avec les Pays-Bas est qu'il n'y a pas de prime supplémentaire de la part de l'assuré et que le paquet de soins assurés en Belgique est indépendant de l'employeur. Toutes les mutualités négocient ensemble avec l'INAMI pour que chaque mutualité ait la même offre dans l'assurance-maladie obligatoire. Toutes les mutualités assurent les mêmes prestations aux mêmes tarifs, et ce pour un paquet de base très large. Les employeurs ne sont pas directement impliqués, mais ils siègent au Conseil général de l'INAMI, qui doit approuver les décisions de l'INAMI (Comité de l'assurance).

Il existe cinq mutualités en Belgique, chacune ayant une part de marché différente : L'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (40,4 %), l'Union nationale des mutualités neutres (5 %), l'Union nationale des mutualités socialistes (28,4 %), l'Union nationale des mutualités libérales (5 %), l'Union nationale des mutualités libres (19,4 %). Il existe deux « caisses » : la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (1 %) et la Caisse des soins de santé de HR Rail (0,8 %). Le choix est libre. Ceux qui ne font pas de choix sont affiliés d'office à la Caisse auxiliaire., gérée par l'état. La Caisse de HR Rail est l'assureur social du personnel ferroviaire et est également un service de santé au travail. Les cinq mutualités et les deux caisses sont appelées ensemble les organismes assureurs (OA).

1.3.3.2. L'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Les mutualités ne se limitent pas à l'assurance-maladie obligatoire. Elles sont également des assureurs à capital propre et offrent des prestations supplémentaires à leurs membres. Les mutualités ont été créées pour et par les membres dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité et sont dirigées par les membres sur la base d'élections mutualistes démocratiques. À l'origine, elles étaient appelées mutuelles de santé, mais par la loi de 1990, elles sont devenues des fonds d'assurance maladie. Elles sont une association de membres, une initiative privée, non seulement une organisation de services, mais aussi un mouvement et une organisation sans but lucratif.

L'assurance complémentaire est différente pour chaque mutualité. Il s'agit souvent d'une offre complémentaire de remboursements de soins de santé non inclus dans l'assurance-maladie obligatoire, par exemple un remboursement complémentaire pour des appareils auditifs. La cotisation des membres pour l'assurance complémentaire diffère selon la mutualité (de 85,8 € à 99 €/an).

1.3.3.3. FONDS DE SANTÉ

Les caisses d'assurance maladie évoluent vers des fonds de santé. Le point de départ est le principe de santé positive^d. Ce n'est pas la maladie qui occupe une place centrale, mais la personne. L'accent est mis sur la résilience, l'autogestion et l'adaptabilité de la personne et non sur les limitations ou la maladie elle-même. L'état de santé est évalué sur la base de six dimensions : les fonctions physiques, le bien-être mental, le sens de la vie, la qualité de vie, la participation sociale et le fonctionnement au quotidien. La promotion de la santé était déjà l'une des tâches principales d'une mutualité, mais les mutualités prennent des initiatives plus larges comme la lutte contre la précarité, la médecine préventive, la fracture numérique, etc.

Pour ces raisons, l'engagement et le rôle des mutualités dans le groupe de travail Stratégie de vaccination étaient évidents. Tous les patients sont en effet membres d'une mutualité et les mutualités sont les plus grands représentants de patients. Au sein du groupe de travail, elles se sont toujours battues pour le principe d'égalité et pour définir les priorités en matière de vaccination en fonction des preuves scientifiques, en accordant une attention particulière aux zones où la première ligne était moins développée. Elles avaient également une fonction de signalement car les plaintes remontent souvent aux mutualités. Elles ont montré à de nombreuses personnes comment trouver les bonnes informations pendant la pandémie. Elles ont également pu informer le patient sur son statut vaccinal à sa demande et prendre les dispositions nécessaires.

1.3.3.4. L'AGENCE INTERMUTUALISTE (AIM)

Les mutualités disposent des données médicales de facturation des soins de santé de leurs membres. Ces données sont toutefois éparpillées entre les sept mutualités. En 2002, les mutualités ont fondé ensemble l'AIM afin de pouvoir analyser ces informations au niveau belge. Les données des mutualités sont collectées de manière pseudonymisée sur une plateforme unique. La clé pour relier les données à un individu continue de relever de la responsabilité des mutualités. À cette fin, entre autres, les mutualités se sont réunies au sein du Collège intermutualiste national (CIN). Dans ce collège, elles définissent des positions communes tant sur le plan politique (CIN-pol) que sur le plan médical (CIN-méd) et sur le plan des procédures (CIN-SS) afin de défendre, de manière unie, les droits et les besoins des assurés sociaux.

L'AIM publie l'Atlas AIM. Outre les données démographiques et socio-économiques de tous les habitants affiliés aux mutualités belges, les bases de données de l'AIM contiennent les données de facturation des soins de santé remboursés.

L'AIM effectue elle-même des analyses sur les données, à la demande ou non des partenaires légaux. Elle mène également des projets de recherche en collaboration ou à la demande de services publics fédéraux, de Régions et de Communautés et en collaboration avec les universités.

1.3.4. LA FONDATION REGISTRE DU CANCER

La Belgique dispose d'une Fondation privée Registre du Cancer dont la mission est de collecter des données sur le cancer (y compris l'enregistrement de tous les nouveaux cas de cancer en Belgique), de les soumettre à un contrôle de qualité, de les traiter et de les analyser, de les coder et de les stocker, de les rapporter, de les rendre accessibles et de les protéger. Cette base de données est une source d'information inestimable et le principal point de départ des recherches de la Fondation. Elle fait rapport entre

^d santé positive : Institute for Positive health - Machteld Huber

autres à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et au Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). La base de données est complète pour la Flandre depuis 1999 et pour l'ensemble de la Belgique depuis 2004. Suite à la loi de 2006 en matière de santé, la Fondation Registre du Cancer a obtenu un accès supplémentaire à une sélection de données de santé fournies par les mutualités. La liaison de ces données avec la propre base de données du Registre du Cancer a donné un nouvel élan aux projets de recherche qu'elle mène tant en interne qu'en coopération avec d'autres organisations.

1.4. STRATÉGIE DE VACCINATION EN BELGIQUE DANS LE CADRE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

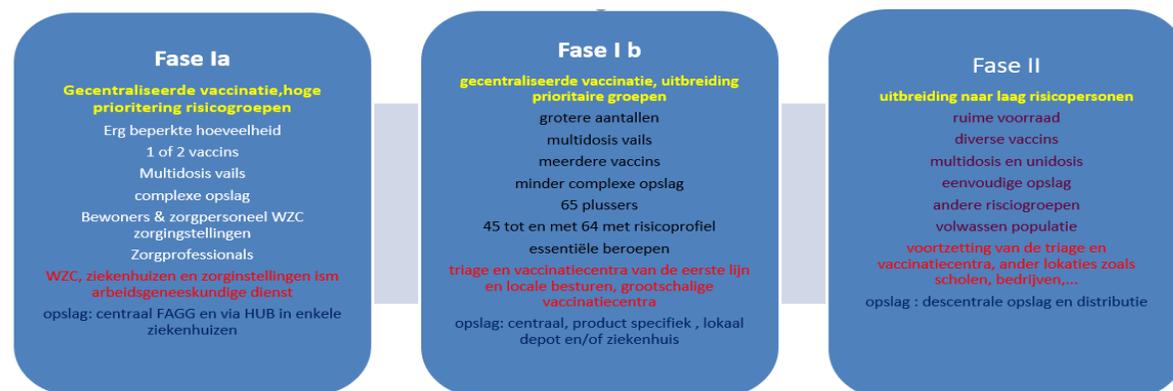
La Belgique a fait le choix délibéré d'intégrer des priorités dans le schéma de vaccination, en partant des risques et des besoins. L'objectif était d'avoir ainsi un impact positif sur les morbidités graves et la mortalité, mais aussi de réduire la pression sur le système de soins de santé (hospitalisations et admissions en soins intensifs). Cela a rendu le processus de vaccination plus complexe d'un point de vue organisationnel, mais a offert l'opportunité de clarifier la philosophie et les valeurs sous-jacentes (fondement scientifique, solidarité et transparence) auprès de la population, en contribuant ainsi à un processus de vaccination plus durable.

Le Conseil Supérieur de la Santé a publié ses avis 9597 et 9611 en juillet 2020. Ces avis recommandaient de donner la priorité aux groupes suivants pour la vaccination contre le COVID-19, sur la base des données statistiques disponibles :

- Tous les travailleurs de la santé (y compris ceux travaillant dans des établissements de soins de longue durée) afin de garantir leur santé et la pérennité des soins de santé en cas de prochaine vague de COVID-19 ou de pandémie (phase 1a).
- Toutes les personnes âgées de plus de 65 ans (phase 1a) ;
- Les patients âgés de 45 à 65 ans présentant les comorbidités suivantes et risquant de développer une forme sévère du COVID-19 (priorité 1 - voir ci-après) :
 - o obésité, diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires, rénales et hépatiques chroniques, ainsi qu'hémopathies malignes, jusqu'à 5 ans après le diagnostic et tous les cancers solides récents (ou les traitements oncologiques récents) (phase 1b).
- Ensuite vaccination du reste de la population (phase 2).

Au moment de la formulation de ces avis, les estimations pour chaque catégorie du groupe prioritaire étaient très approximatives ; un total de 4.006.739 personnes étaient mises en avant, pour une vaccination prioritaire.

Figure 2



2. JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE DE LA SÉLECTION DU GROUPE À RISQUE.

2.1. LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ

Le CSS est un organe consultatif scientifique relié au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Il existe un groupe de travail permanent Vaccination au sein du CSS. Ses avis servent de lignes directrices aux décideurs politiques et aux professionnels de la santé pour protéger et améliorer la santé publique. Le Conseil Supérieur de la Santé peut faire appel à un réseau d'experts (un pool de quelque 1.500 experts, ainsi que 300 experts nommés) et formule des avis impartiaux et indépendants fondés sur une évaluation multidisciplinaire de l'état actuel de la science. La vaccination est l'un des domaines dans lesquels il est actif. Son organe de décision est le collège, qui se compose de 30 experts désignés et se réunit tous les mois. Il est responsable de la composition des groupes de travail qui formulent des avis et des publications et de la validation de ces avis. Une fois les avis validés, ils sont publiés sur le site web dans les trois langues nationales et en anglais.

2.2. L'AVIS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ

Le Conseil Supérieur de la Santé a formulé différents avis dans le cadre de la campagne de vaccination. Il était important de maintenir le lien avec les connaissances scientifiques tout au long de la campagne de vaccination et d'avoir la flexibilité nécessaire pour intégrer les nouvelles preuves dans la stratégie de vaccination.

Le premier rapport du 1er juillet 2020 comprenait la répartition des personnes à vacciner en priorité (*vaccination strategy against COVID-19 in Belgium- 9597*). Cette répartition reposait sur les chiffres belges pour les deux critères suivantes : admission en soins intensifs et décès en raison du COVID. Les comorbidités de patients COVID-19 décédés ou admis en soins intensifs ont été cartographiées et évaluées. En outre, les récentes publications internationales ont été prises en compte. Un complément a suivi le 7 octobre 2020. À la demande de la Task Force Vaccination, le Conseil Supérieur de la Santé a remis le 5 février 2021 un rapport consultatif plus détaillé basé sur les mêmes principes (9618) : *recommandations pour la définition de priorités pour la vaccination contre le SRAS-CoV-2 de sous-groupes de patients de moins de 65 ans*. Cela constituait la base de la campagne de vaccination des personnes présentant des comorbidités.

À cela s'ajoutent les rapports suivants, en relation directe avec la vaccination : avis 962 (09-02-2021) : vaccin AstraZeneca Oxford chez les personnes de plus de 65 ans, avis 9635 (02-03-2021) : mise à jour de la vaccination Covid-19, avis 9626 (11-03-2021) : vaccination Covid-19 VVN Rep, courrier urgent 1 (15-03-2021) : poursuite de l'AstraZeneca, courrier urgent 2 (19-03-2021). poursuite de la vaccination AstraZeneca après la position de l'EMA, lettre urgente 3 (18-04-2021) redistribution AstraZeneca position EMA, avis 9622 (22-04-2021) vaccination Covid-19 chez les femmes enceintes, avis 9641-9611 (23-04-2021) : priorités pour la vaccination Phases Ib et II, courrier avis 9639 (17-05-2021) compétences requises pour la vaccination, avis 9634 (09-06-2021) 1 ou 2 doses en cas de contamination par le Sars-CoV-2 et avis 9655 (09-07-2021) vaccination contre le Sars-CoV-2 à partir de 12 ans.

2.3. PRINCIPALES CONCLUSIONS DU RAPPORT CONSULTATIF 9618 DU 05-02-2021 : RECOMMANDATIONS POUR LA DÉFINITION DE PRIORITÉS POUR LA VACCINATION CONTRE LE SRAS-COV-2 DE SOUS-GROUPES DE PATIENTS DE MOINS DE 65 ANS.

L'âge reste le principal facteur de risque pour le développement d'une forme grave de la maladie en cas de contamination au Covid-19, entraînant une hospitalisation et éventuellement le décès. La cohorte des plus de 65 ans a été suivie par la cohorte des 18-65 ans des personnes présentant une comorbidité, par âge décroissant. Le rapport détaille les critères et donne, entre autres, des conseils sur les paramètres à suivre afin d'identifier les personnes à risque, par exemple via les codes ATC des médicaments. Pour chaque facteur de risque, les publications sur lesquelles le choix s'est basé sont également indiquées.

La cohorte des 18-64 ans est divisée en trois priorités. Pour le groupe des 45-65 ans, on a retenu la série de priorités 1 (voir tableau 2). Pour le groupe plus jeune de jusqu'à 18 ans, seule une partie de ces priorités sont considérées comme priorité 1 et les autres, comme priorité 3. Les personnes sans comorbidité âgées de 45 à 64 ans sont prioritaires au regard des paramètres de risque : pathologies pulmonaires chroniques, maladies cardiovasculaires chroniques, maladies neurologiques chroniques, diabète de type 1 et 2, pathologies non hématologiques malignes, obésité et hypertension. Dans ces cas, l'âge est plus important que la comorbidité.

Tableau 2: résumé conseil sur les comorbidités Conseil Supérieur de la Santé 9618 (05-02-2021)

cohorte	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3
45-64 ans	Pathologies pulmonaires chroniques Maladies cardiovasculaires chroniques Maladies neurologiques chroniques Diabète 1 et 2 Pathologies non hématologiques malignes Maladies hématologiques malignes Pathologies hépatiques chroniques Maladies rénales chroniques Immunodéprimés Patients ayant subi une greffe Syndrome de Down Hypertension	Toutes les personnes sans comorbidité	Tout le monde s'est vu offrir le vaccin dans le cadre de la priorité 1 ou 2

	VIH actif Maladies rares		
18-44 ans	Maladies hématologiques malignes Pathologies hépatiques chroniques Maladies rénales chroniques Immunodéprimés Patients ayant subi une greffe Syndrome de Down VIH actif Maladies rares	aucune	Pathologies pulmonaires chroniques Maladies cardiovasculaires chroniques Pathologies neurologiques chroniques Diabète de type 1 et 2 Pathologies non hématologiques malignes Obésité Hypertension

Sur la base de ce rapport, la Task Force Vaccination a décidé de vacciner en priorité la cohorte des 18-64 ans présentant une comorbidité de priorité 1, après que la cohorte des plus de 65 ans ait eu la possibilité d'être vaccinée.

La limite d'âge pour les patients présentant des comorbidités a été abaissée à 16 ans à la mi-mai, car ces âges ont toujours été inclus dans les études Pfizer et Moderna. Au cours de la campagne de vaccination, les vaccins Pfizer et Moderna ont reçu l'approbation de l'Agence européenne des médicaments le 28 mai 2021 pour être administrés aux jeunes de 12 à 15 ans. Le même raisonnement a été appliqué aux deux cohortes pour donner la priorité à la vaccination des patients à risque sur la base des mêmes paramètres que pour les 18-44 ans.

3. STRATÉGIE DU PROCESSUS DE SÉLECTION : UNE COMBINAISON DE SÉLECTION CENTRALISÉE (ORGANISMES ASSUREURS) ET DÉCENTRALISÉE (MÉDECINS GÉNÉRALISTES), COMPLÉTÉE PAR UNE SÉLECTION INDIVIDUELLE PAR DES SPÉCIALISTES POUR LES MALADIES RARES.

3.1. INTRODUCTION

Sur base de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé (voir point 2), il a été déterminé qui pouvait bénéficier d'une vaccination prioritaire. Le défi consistait cependant à identifier ces personnes aussi efficacement que possible et à les convoquer le plus rapidement possible. Un support technologique a été développé. Un cadre juridique a également été mis en place afin de pouvoir inviter ces personnes tout en respectant la vie privée et le secret médical. Aucune base de données en Belgique ne disposait de toutes les informations médicales exactes nécessaires. Il est apparu clairement d'emblée qu'une coopération intense et complémentaire entre différentes sources d'information était nécessaire dans l'intérêt de toutes les personnes à risque. Afin de garantir le principe d'équité, un fonctionnement complémentaire d'une sélection centralisée via l'AIM et les mutualités et d'une sélection décentralisée via les médecins généralistes a été retenu. Une façon unique de travailler en Europe.

3.2. CONTEXTE JURIDIQUE

La campagne de vaccination est juridiquement fondée sur l'accord de coopération du 12 mars 2021 entre l'État fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune, la Région wallonne et la Commission communautaire française concernant le traitement de données relatives aux vaccinations contre le COVID-19 (publié au Moniteur belge le 9 avril 2021 et entré en vigueur le 14 avril 2021).

Un partenariat est basé sur l'article 92bis, §1, premier alinéa de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980. Celui-ci permet au gouvernement fédéral, aux communautés et aux régions de conclure des accords de coopération "qui portent notamment sur la gestion conjointe de services et institutions communs, sur l'exercice conjoint de compétences propres, ou sur le développement d'initiatives en commun." L'accord de coopération a été soumis à l'avis de l'autorité de protection des données (avis 16-2021 du 10 février 2021), à l'avis de la « Vlaamse Toezichtcommissie » (avis 2021/13 du 17 février 2021), aux avis du Conseil d'État (68.832/VR, 68836/VR, 68837/VR, 68.839/VR, 68.840/VR, 68/844/VR du 18 février 2021), à l'avis du Conseil flamand pour l'Aide sociale, la Santé publique et la Famille (avis du 16 février 2021), à l'avis de l'Organe de concertation intra-francophone et de la concertation en Comité ministériel de concertation intra-francophone (avis du 15 février 2021).

Contrairement à ce que laisse penser le titre de cet accord de coopération, il couvre non seulement la base juridique du traitement des données relatives aux vaccinations contre le COVID-19, mais aussi, dans une moindre mesure, la procédure qui est suivie.

On peut déduire de l'accord de coopération que la procédure se compose de deux parties :

1. l'activation de l'invitation à la vaccination d'un citoyen et les modalités associées de prise de rendez-vous ;
2. la vaccination elle-même, qui est ensuite enregistrée dans une base de données centrale. En revanche, l'organisation pratique de la vaccination est une matière qui n'est pas couverte par l'accord de coopération. Il appartient aux autorités compétentes de régler cette organisation dans leurs territoires géographiques respectifs.

3.2.1. ACTIVATION DE L'INVITATION

L'article 2 §1 stipule que chaque personne résidant sur le territoire belge se voit d'abord attribuer un code de vaccination aléatoire. La résidence enregistrée sur le territoire belge est la condition pour être éligible à la vaccination contre le COVID-19. Il n'est pas nécessaire d'avoir la nationalité belge. Le terme « résidence » signifie toutefois que la personne est officiellement enregistrée comme séjournant quelque part en Belgique. La résidence effective sans aucune forme d'enregistrement ne peut conduire à une invitation à la vaccination.

Si un citoyen est éligible sur base de cette stratégie, la personne est sélectionnée pour une invitation, afin qu'elle puisse prendre rendez-vous pour la vaccination ou qu'une heure de rendez-vous lui soit proposée. Elle recevra ensuite un code de vaccination. Les autorités régionales étant responsables de l'organisation pratique, il est possible que, dans certaines régions, le citoyen ait dû prendre rendez-vous lui-même, tandis que dans d'autres régions, un créneau de rendez-vous ait été proposé au citoyen par les centres de vaccination.

Lorsqu'une personne est sélectionnée pour une invitation à se faire vacciner conformément à la stratégie de vaccination définie par les autorités compétentes, et que la personne concernée souhaite fixer un rendez-vous pour la vaccination ou qu'un rendez-vous lui est proposé, le code de vaccination qui lui a été attribué est communiqué.

L'accord de coopération ne décrit pas l'ordre dans lequel les groupes de population sont vaccinés. Il laisse ce soin aux autorités compétentes en fonction de la stratégie de vaccination qu'elles mènent. La Conférence interministérielle Santé publique détermine quelles personnes sont à vacciner en priorité, sur base des recommandations du Conseil Supérieur de la Santé et de la Task Force Vaccination. Les règles de détermination des priorités peuvent évoluer dans le temps en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques et des vaccins disponibles. Des informations complètes et constamment mises à jour sur ce sujet sont disponibles sur le portail de Sciensano en français, néerlandais et allemand (<https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-vaccinatie>).

Cependant, l'accord de coopération prévoit que la sélection intervient :

3.2.1.1. SUR LA BASE DE L'ÂGE

Si la détermination des priorités intervient sur la base de l'âge, elle a lieu sur la base des informations du Registre national ou des registres de la Banque Carrefour.

3.2.1.2. SUR LA BASE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Bien que l'accord de coopération mentionne explicitement la sélection sur base de l'état de santé, cette sélection n'est pas effectuée dans la Base de données des codes de vaccination. L'appréciation de l'état de santé d'une personne justifiant une vaccination prioritaire est faite soit par la mutualité à laquelle cette personne est affiliée, sur la base des informations disponibles sur les soins remboursés, soit par un médecin ayant une relation de soins avec cette personne, sur la base du dossier de santé (dossier médical électronique). Si une mutualité ou un médecin ayant une relation de soins avec la personne concernée estime, sur base des informations relatives à l'état de santé de la personne, que celle-ci entre en considération pour une vaccination prioritaire, ceci est coché dans la Base de données des codes de vaccination sans qu'une raison sous-jacente ne soit communiquée. Aucune donnée de santé portant sur le contenu n'est donc enregistrée dans la Base de données des codes de vaccination, mais uniquement le fait que la personne doit être convoquée en priorité pour une vaccination sur la base d'une évaluation de son état de santé par la mutualité ou un médecin.

L'accord de coopération stipule explicitement que si cette sélection exige que certaines informations soient fournies par le médecin traitant, cela est autorisé. Cette indication est nécessaire pour constituer une restriction justifiée au secret professionnel du médecin, qui est protégé par le droit pénal (article 458 du code pénal). Attention : l'accord de coopération fait uniquement mention du « médecin traitant ». Les autres professionnels de la santé, qui sont également tenus au secret professionnel, ne peuvent pas partager ces informations de manière justifiée. En outre, l'accord de coopération parle du médecin « traitant ». Par conséquent, tous les médecins qui ont accès aux données de santé d'un patient ne sont pas autorisés à les rendre disponibles. Cette dérogation au secret professionnel ne vise en aucun cas à divulguer la nature exacte de l'état de santé qui rend la vaccination prioritaire. Seule l'information précisant que la personne est éligible en raison de son état de santé peut être communiquée. Cette communication n'indique jamais, par exemple, qu'une personne est diabétique, mais seulement qu'une personne doit être vaccinée en priorité en raison de son état de santé.

Pour l'ensemble des traitements au moyen du système d'information, l'article 9.2.i) du Règlement général sur la protection des données peut être invoqué, étant donné que les traitements s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre une pandémie.

3.2.1.3. SUR LA BASE DE LA PROFESSION ET/OU DU LIEU D'OCCUPATION

Si elle se fait sur la base de la profession ou du lieu d'occupation, la sélection se fait grâce à une base de données disponible auprès de l'État fédéral (comme l'ONSS ou Cobhra) ou des entités fédérées ou de l'employeur.

3.2.2. ENREGISTREMENT DANS VACCINNET

Conformément à l'article 2, § 2, les vaccinations contre le COVID-19 sont enregistrées dans Vaccinnet par la personne qui a administré le vaccin ou par la personne sous la surveillance de laquelle la vaccination a eu lieu. La personne qui a administré le vaccin ou la personne sous la surveillance de laquelle la vaccination a eu lieu peut également désigner, pour l'enregistrement dans Vaccinnet, un mandataire qui réalisera l'enregistrement dans Vaccinnet sous sa responsabilité. Le mandataire (en ce compris le personnel administratif médical) est tenu par une obligation de discrétion. Attention : l'obligation de discrétion n'est pas synonyme de secret professionnel. Une obligation de discrétion permet de partager ces informations, par exemple avec les superviseurs de ces mandataires.

Vaccinnet est le système d'enregistrement des vaccinations par personne. Bien que Vaccinnet soit une initiative flamande, il est désigné dans l'accord de coopération comme le système d'information commun utilisé par les vaccinoteurs flamands, bruxellois, wallons et germanophones. Un système d'information commun est nécessaire, entre autres, pour gérer la crise de façon optimale, permettre la pharmacovigilance ainsi que le suivi de la couverture vaccinale de la population et de l'impact sur l'assurance-maladie. L'article 10 de l'accord de coopération prévoit toutefois la possibilité de migrer, de commun accord entre toutes les parties qui ont signé cet accord de coopération, toutes les données de cette base de données dans une autre base de données centralisée. Jusqu'à présent, cela n'a pas encore été fait.

L'utilisation de Vaccinnet pour ce qui concerne les vaccins COVID-19 se fait dans le respect des dispositions de cet accord de coopération.

3.2.3. TRAITEMENT DES DONNÉES

L'objectif principal de l'accord de coopération est de permettre le traitement des données à caractère personnel nécessaires à l'envoi des convocations à la vaccination et au suivi des vaccinations effectuées.

3.2.3.1. DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL DANS LA BASE DE DONNÉES DES CODES DE VACCINATION

L'accord de coopération définit strictement les catégories de données enregistrées dans une base de données des codes de vaccination, hébergée dans le G-Cloud fédéral et gérée conjointement par les entités fédérées responsables de l'organisation de la vaccination et Sciensano. Ces catégories comprennent, pour tout code de vaccination attribué, les données d'identité de la personne à laquelle le code de vaccination est attribué, le code de vaccination sans signification attribué, les données relatives au statut du code de vaccination sans signification, et, le cas échéant, un renvoi au type de vaccin, à la date d'administration et au schéma de vaccination ainsi que, si pertinent, l'indication du type de vaccin qui peut être administré à la personne.

Il s'agit enfin de données de contact qui, lorsqu'elles sont disponibles, sont extraites auprès des prestataires de soins de santé, des organismes assureurs et du service d'authentification CSAM. Ces données sont nécessaires pour permettre des invitations efficaces et prévenir un gaspillage de vaccins, de sorte que des personnes puissent être invitées en dernière minute.

La Base de données des codes de vaccination ne contient pas de données médicales, à l'exception de l'indication de l'état de vaccination. Afin d'éviter que le simple fait d'être inclus dans la base de données ne révèle indirectement des informations sur l'état de santé d'une personne, un code de vaccination est attribué à chaque personne. Le code de vaccination n'est activé pour une personne appelée à se faire vacciner que si la source qui a sélectionné la personne n'administre pas elle-même le vaccin. Un code de vaccination actif permet à la personne concernée ou au centre de vaccination de réserver un ou deux créneaux de vaccination dans un centre de vaccination. Si la source de sélection n'administre pas elle-même le vaccin, la sélection fait activer un code de vaccination pour la personne concernée dans la Base de données des codes de vaccination. Le code de vaccination n'est pas activé lorsque la personne a déjà été vaccinée contre le COVID-19.

Une personne sélectionnée pour une convocation à se faire vacciner peut être désélectionnée par son médecin traitant si elle présente des contre-indications à la vaccination. Dans ce cas, le code de vaccination est désactivé dans la Base de données des codes de vaccination. Une personne qui refuse la vaccination peut également se désélectionner de la Base de données des codes de vaccination.

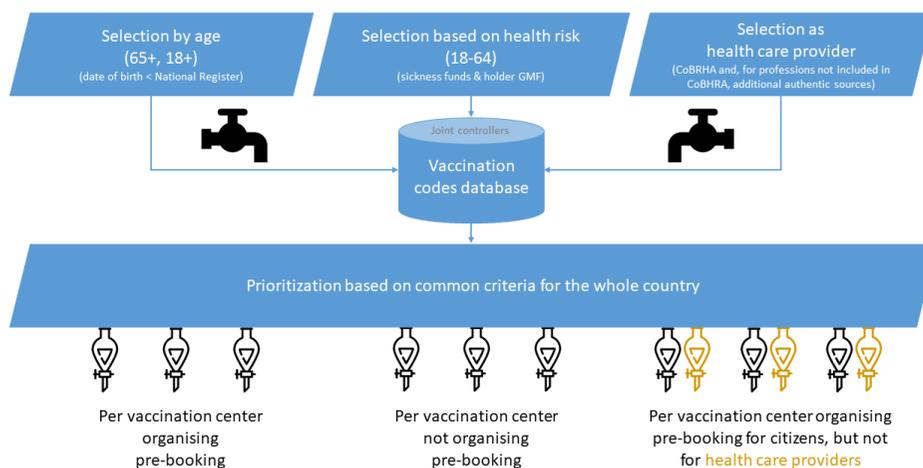
Si le code de vaccination est désactivé après la première dose de vaccin et avant la deuxième dose, la deuxième vaccination n'a pas lieu aussi longtemps que le code n'est pas réactivé, par la personne concernée (ou via son médecin traitant ou le titulaire du DMG), par voie électronique.

Ces données sont conservées dans cette première base de données jusqu'à 5 jours maximum après le jour de publication de l'arrêté royal proclamant la fin de l'épidémie.

Ces données provenant de la Base de données des codes de vaccination peuvent être traitées aux fins suivantes:

1. gérer les schémas de vaccination contre le COVID-19 par personne à vacciner ou vaccinée et la planification des plages de vaccination, notamment par les centres de vaccination et les prestataires de soins de santé ;
2. inviter les personnes à se faire vacciner contre le COVID-19 par les prestataires de soins de santé, les organismes assureurs, les centres de vaccination, l'autorité fédérale, les entités fédérées compétentes et les administrations locales et les aider lors du processus d'invitation ; 3° l'organisation logistique de la vaccination contre le COVID-19, après anonymisation des données ou à tout le moins pseudonymisation des données dans l'hypothèse où l'anonymisation ne permettrait pas de réaliser l'organisation logistique.
3. le retour d'information vers le Dossier Patient électronique, qui alimente également le baromètre de la vaccination

Figure 3 : algorithme de détermination des priorités via la Base de données des codes de vaccination



3.2.3.2. DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL DANS VACCINNET

Les données d'une vaccination enregistrée dans Vaccinnet sont également strictement définies : les données relatives à la personne vaccinée, à la personne qui administre le vaccin (qui doit pouvoir être avertie en cas d'éventuels effets indésirables), au vaccin, aux circonstances d'administration du vaccin, au schéma de vaccination contre le COVID-19 de la personne à laquelle est administré le vaccin et, le cas échéant, les données relatives aux éventuels effets indésirables du vaccin (sur place ou à domicile).

Les données concernant les effets indésirables éventuels ne figurent dans Vaccinnet qu'au moment de la vaccination et non en vue de la pharmacovigilance. Ceci n'affecte en rien l'obligation d'enregistrer les effets indésirables graves de la vaccination observés pendant ou après la vaccination sur la personne concernée, dont la personne qui a administré le vaccin ou son mandataire a ou devrait avoir connaissance. Les effets indésirables sont enregistrés directement dans le système de notification en ligne (Vigilance Online Notification System). Le DMG du médecin généraliste contient également un lien direct pour enregistrer les effets secondaires.

L'utilisation du numéro d'identification unique qu'est le numéro de registre national est absolument nécessaire dans ce cadre, étant donné que l'état vaccinal doit à tout moment pouvoir être lié à une personne déterminée de manière univoque et qu'il contient des informations cruciales pour une prestation de soins de qualité. Une identification univoque d'une personne à vacciner ou vaccinée est cruciale pour une vaccination correcte et un suivi de la vaccination. Le numéro unique est la pierre angulaire de tous les échanges électroniques de données dans ce cadre ; en l'absence de ce numéro, une identification univoque de l'utilisateur de soins n'est pas possible et des erreurs (médicales) risquent d'être commises. Enfin, cette identification unique permet, en cas de problème, de rappeler rapidement certains lots de vaccins.

En outre, l'utilisation d'un numéro d'identification unique par utilisateur de soins dans l'ensemble des systèmes belges relatifs aux données de santé est imposée par l'article 8 de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth. Le présent accord de coopération et la loi du 21 août 2008 prévoient des mesures permettant d'éviter les risques en cas d'utilisation d'un numéro d'identification unique.

Par le lieu d'administration du vaccin, on n'entend pas l'adresse précise, mais l'indication selon laquelle la vaccination a par exemple eu lieu chez un médecin généraliste, dans une entreprise déterminée, dans une collectivité déterminée ou dans un centre de vaccination déterminé. Ceci est, par exemple, utile pour pouvoir déterminer le taux de vaccination au sein des entreprises ou des collectivités, ou pour revenir sur les circonstances pertinentes de la vaccination en cas de vaccin inefficace mais également pour permettre par exemple que la personne puisse être vaccinée dans le lieu correct de vaccination pour les doses successives afin d'assurer un meilleur suivi.

Le traitement de ces données poursuit les finalités suivantes :

1. la prestation de soins de santé et de traitements, telle que visée à l'article 9, 2, h du Règlement général sur la protection des données, ce qui vise exclusivement l'acte de vaccination et les mesures de soutien, d'information et de sensibilisation des citoyens en rapport avec la vaccination ;
2. la pharmacovigilance des vaccins contre le COVID-19, conformément à l'article 12sexies de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments et aux lignes directrices détaillées publiées par la Commission européenne dans le « Module VI - Collecte, gestion et transmission des notifications d'effets indésirables présumés des médicaments (GVP) », telles qu'elles figurent dans la dernière version disponible, et visées à l'article 4, paragraphe 1, 3°, de la loi du 20 juillet 2006 relative à la création et au fonctionnement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé ;
3. la traçabilité des vaccins contre le COVID-19 afin d'assurer le suivi des « rapid alerts de vigilance » et des « rapid alerts de qualité » visées à l'article 4, paragraphe 1, 3°, e, et 4°, j, de la loi du 20 juillet 2006 relative à la création et au fonctionnement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé ;
4. la gestion des schémas de vaccination contre le COVID-19 par personne à vacciner ou vaccinée et la planification des plages de vaccination, notamment par les centres de vaccination ;
5. l'organisation logistique de la vaccination contre le COVID-19, après anonymisation des données ou à tout le moins pseudonymisation des données dans l'hypothèse où l'anonymisation ne permettrait pas de réaliser l'organisation logistique ;
6. la détermination du taux de vaccination anonyme contre le COVID-19 de la population ;
7. l'organisation du suivi des contacts en exécution de l'Accord de coopération du 25 août 2020 entre l'État fédéral, la Communauté flamande, la Région wallonne, la Communauté germanophone et la Commission communautaire commune, concernant le traitement conjoint de données par Sciensano et les centres de contact désignés par les entités fédérées compétentes ou par les agences compétentes, par les services d'inspections d'hygiène et par les équipes mobiles dans le cadre d'un suivi des contacts auprès des personnes (présumées) infectées par le coronavirus COVID-19 se fondant sur une base de données auprès de Sciensano ;
8. l'exécution du suivi et de la surveillance post-autorisation des vaccins conformément aux bonnes pratiques recommandées par l'Organisation mondiale de la santé, après anonymisation des données ou à tout le moins pseudonymisation des données dans l'hypothèse où l'anonymisation ne permettrait pas de réaliser le suivi et la surveillance post-autorisation ;
9. sans préjudice de la réglementation relative à l'assurance-maladie, le calcul de la répartition des coûts de vaccination entre l'État fédéral et les entités fédérées, après anonymisation des données ou à tout le moins pseudonymisation des données dans l'hypothèse où l'anonymisation ne permettrait pas de réaliser le calcul de la répartition ;

10. l'exécution d'études scientifiques ou statistiques, conformément à l'article 89, § 1 du Règlement général sur la protection des données et, le cas échéant, à l'article 89, §§ 2 et 3 du Règlement général sur la protection des données et au titre 4 de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, après anonymisation, ou à tout le moins pseudonymisation, dans l'hypothèse où l'anonymisation ne permettrait pas de réaliser l'étude scientifique ou statistique ;
11. l'information et la sensibilisation des personnes concernant la vaccination contre le COVID-19 par les prestataires de soins et les organismes assureurs.

3.2.4. VACCINATION DES MINEURS

Pendant la campagne de vaccination, la question de savoir comment aborder la vaccination des mineurs du point de vue du droit de la santé a été soulevée.

3.2.4.1. PRINCIPE DE LA LOI RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient se fonde sur la relation individuelle de traitement (= rapports juridiques contractuels ou extracontractuels de droit privé ou public, art. 3) entre un patient et un prestataire de soins de santé. Tout patient doit pouvoir exercer de manière autonome tous les droits du patient tels que décrits dans la présente loi. Cela inclut notamment le droit à un consentement éclairé pour toute intervention (art. 8).

Le droit au consentement éclairé peut être écrit, oral ou tacite (art. 8, § 1, alinéa 2). Le consentement tacite signifie que le prestataire de soins de santé, après avoir suffisamment informé le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention (par exemple, le patient se rend au centre de vaccination, se présente et, une fois dans la salle de soins, remonte sa manche pour que le prestataire de soins de santé puisse administrer le vaccin). Ces trois formes de consentement ont la même valeur juridique.

La loi stipule qu'à la demande du patient ou du praticien professionnel et avec l'accord du praticien professionnel ou du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient (art. 8, § 1, alinéa 3).

3.2.4.2. REPRÉSENTATION DU PATIENT MINEUR

Le principe selon lequel chaque patient peut exercer ses droits de manière autonome ne s'applique pas si le patient est mineur (moins de 18 ans).

Les droits de ces patients sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur (art. 12, § 1). Ils représentent le patient mineur dans l'exercice de ses droits de patient.

Pour le patient mineur, ce sont les parents ou le tuteur qui doivent donner le consentement à la vaccination. En l'occurrence également, un consentement oral, écrit ou tacite est valable. Un consentement tacite signifie alors que les parents amènent l'enfant au centre de vaccination et l'accompagnent jusqu'à l'administration du vaccin. Un consentement écrit n'est pas nécessaire, mais peut également être demandé en l'occurrence.

Le mineur doit être associé à l'exercice des droits du patient, en tenant compte de son âge et de son degré de maturité (art. 12, § 2, première phrase).

3.2.4.3. MAJORITÉ MÉDICALE

Conformément au principe selon lequel chaque patient peut exercer ses droits de manière autonome, mais par exception au fait que les parents, en tant que représentants, exercent les droits du patient mineur, la loi relative aux droits du patient prévoit la notion de majorité médicale (art. 12, § 2, dernière phrase).

La majorité médicale signifie qu'un patient mineur qui peut être considéré comme apte à apprécier raisonnablement ses intérêts peut exercer ses droits de patient de manière autonome. Il découle de la relation juridique entre le patient et le prestataire de soins de santé couverte par la loi relative aux droits du patient que le prestataire de soins de santé examine si le patient mineur peut être considéré comme majeur médicalement.

La loi relative aux droits du patient doit toutefois être interprétée dans l'esprit de l'époque, il y a 20 ans. Actuellement, les soins de santé sont plutôt pratiqués au sein d'une équipe multidisciplinaire de prestataires de soins. Et dans le cadre de la campagne de vaccination d'un très grand groupe de patients.

La loi étant insuffisamment adaptée au contexte de cette campagne de vaccination, il ne faut pas se laisser aveugler par le fait que, à proprement parler, c'est le prestataire de soins qui évalue la majorité médicale, mais les autorités peuvent formuler des conseils d'orientation à cet égard. En outre, la possibilité d'une intervention des autorités est explicitement prévue à l'article 3. Il est laissé au Roi le pouvoir de déterminer, après concertation en Conseil des ministres et après avis de la Commission fédérale des droits du patient, d'autres règles d'application de la loi sur les rapports juridiques précités, afin de tenir compte du besoin de protection spécifique.

Les autorités ont adopté la position selon laquelle les patients mineurs âgés de 16 et 17 ans peuvent être considérés comme médicalement majeurs dans le cadre de cette campagne de vaccination, pour autant qu'ils aient été suffisamment informés par différents canaux et qu'ils aient pu poser des questions pour obtenir des éclaircissements.

Une fois que le mineur est considéré comme médicalement majeur, le principe de la loi relative aux droits du patient selon lequel chaque patient peut exercer ses droits en tant que patient de manière autonome prévaut à nouveau. Le mineur peut donc donner son propre consentement à la vaccination. Comme les parents n'agissent plus en tant que représentants à ce moment-là, ils ne peuvent plus donner leur consentement et ne sont pas tenus d'approuver la décision du mineur. Le consentement peut à nouveau être donné par écrit, oralement ou tacitement. Toutefois, le fait que les parents ne puissent plus donner leur consentement n'implique pas qu'ils ne puissent pas être effectivement impliqués dans l'exercice des droits du patient par le mineur (médicalement majeur). Il ne s'agit cependant pas d'un principe juridique, mais d'une simple conséquence du cours normal des choses.

Le CLB recommande, dans le cadre des vaccinations qu'il effectue, qu'un formulaire de consentement soit signé par les parents. L'évaluation finale de l'opportunité de la vaccination se fonde cependant sur les principes de la loi relative aux droits du patient. L'utilisation d'un consentement écrit laisse toutefois penser, à tort, que les parents peuvent toujours donner leur consentement même dans le cas d'un patient médicalement majeur. Pour éviter cette apparente compétence de consentement, il est déconseillé de travailler avec un formulaire de consentement des parents. Des efforts devraient plutôt être faits pour impliquer les parents dans l'information du mineur (médicalement majeur).

3.2.4.4. CONFLIT

Si les parents et le patient mineur (médicalement majeur) ne sont pas d'accord sur l'administration du vaccin, les scénarios suivants peuvent se produire :

Les parents veulent le vaccin, mais pas le mineur

Le vaccin ne sera pas administré. Le patient mineur peut refuser, en tant que médicalement majeur, de consentir au vaccin. Le refus du patient mineur ne peut être considéré comme une preuve que le mineur n'est pas encore apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

Même s'il ne peut pas encore être considéré comme médicalement majeur, le patient mineur ne peut être contraint à se faire vacciner manu militari. Le patient mineur doit toujours être associé à l'exercice de ses droits de patient, en tenant compte de son âge et de son degré de maturité. Cela implique qu'une telle obligation n'est pas possible.

Les parents ne veulent pas du vaccin, mais bien le mineur

Si les parents ne veulent pas que leur enfant soit vacciné, mais que le mineur (médicalement majeur) le veut, il n'y a aucun conflit au sens strict de la loi relative aux droits du patient. Le patient mineur peut exercer de manière autonome ses droits en tant que patient. Les parents ne représentent plus l'enfant et ne peuvent intervenir.

Dans la pratique, cela débouchera toutefois sur un conflit susceptible de causer des tensions au sein de la famille. Il convient alors qu'un tiers, tel que le médecin généraliste ou le médecin du CLB, puisse tenter, en tant que personne de confiance, de désamorcer ce conflit.

Dans le cadre des vaccinations via le CLB, il est recommandé d'obtenir une confirmation écrite du consentement du patient mineur. Cela semble opportun.

Les parents ne sont pas d'accord entre eux

Cette situation ne se présente que dans le cas d'un mineur qui ne peut pas encore être considéré comme apte à apprécier raisonnablement ses intérêts et lorsque les parents agissent en tant que représentants du mineur.

En cas de désaccord entre les parents, le dispensateur de soins (médecin généraliste, médecin du CLB) tentera de jouer le rôle de médiateur. Une solution ne peut-elle pas être trouvée? Le juge de la jeunesse décidera ensuite, dans l'intérêt du patient mineur, si la vaccination peut avoir lieu ou non.

3.3. LA SÉLECTION

Trois procédures de sélection ont été utilisées pour détecter les personnes à risque : une sélection centralisée via des bases de données nationales, une sélection décentralisée via le médecin généraliste gérant le DMG et une sélection complémentaire, visant des groupes cibles spécifiques, via le médecin généraliste et le spécialiste.

3.3.1. LA SÉLECTION CENTRALISÉE

3.3.1.1. POINTS DE DÉPART

L'intention de la sélection centralisée était de réaliser une large sélection initiale afin de capter autant de personnes que possibles ayant un profil de risque, en ce compris celles qui n'ont pas de médecin généraliste ou de médecin DMG, par exemple. C'était important en raison des différences régionales, notamment en matière de DMG. L'AIM dispose sous une forme pseudonymisée des données de facturation des soins de santé remboursés des affiliés de toutes les mutualités. La condition médicale d'une personne peut être indirectement déduit de cette base de données extrêmement étendue. Les critères de sélection fixés par le Conseil Supérieur de la Santé avec la priorité 1 (voir tableau 2) ont été traduits dans des algorithmes de recherche pour les données de facturation. Cette approche indirecte n'a pas permis d'effectuer la sélection avec une précision chirurgicale. Cependant, le fait de ne pas sélectionner une personne à risque en raison de paramètres stricts a été considéré comme une erreur plus grave que l'inclusion d'une personne non à risque dans le groupe prioritaire pour la vaccination. Les paramètres de sélection ont donc été interprétés de manière large. Après la sélection, le CIN a pu relier les données pseudonymisées aux numéros de registre national.

3.3.1.2. QUELQUES LIMITES DE CETTE SÉLECTION CENTRALISÉE

Comme indiqué plus haut, aucune base de données en Belgique ne contient toutes les informations complètes et précises. Comme la base de données de l'AIM ne contient que des données de facturation, nous avons rencontré certaines limites :

La collecte des données de l'AIM a pris du retard par rapport à la date de prestation effective. Au moment de la sélection (2 avril 2021), les données de l'AIM étaient complètes jusqu'au 31 décembre 2020. Les personnes ne remplissant les critères de sélection qu'à partir de 2021 n'étaient donc pas détectées par cette sélection centralisée.

Il était impossible d'utiliser les données de facturation pour identifier les personnes atteintes d'un cancer. Une trop grande imprécision en aurait résulté puisque le Conseil Supérieur de la Santé attribue une priorité différente aux tumeurs hématologiques et solides. Il était donc nécessaire de travailler avec un diagnostic exact pour ce groupe. À cette fin, il a été fait appel à la Fondation Registre du Cancer, qui a pu procéder à la sélection.

Seuls les patients séropositifs pour le VIH avec une maladie active ont été retenus comme patients à risque. La base de données de l'AIM ne contient pas de résultats de laboratoire. Par conséquent, pour ce groupe, il a été décidé de recourir uniquement à la sélection décentralisée par le médecin généraliste.

Un IMC ne peut être déterminé à partir de la base de données de l'AIM. Pour les patients souffrant d'obésité, la sélection s'est faite via la sélection décentralisée par les médecins généralistes. Les personnes ayant subi une gastroplastie réductrice ou nécessitant une assistance respiratoire en raison de leur obésité pouvaient toutefois être sélectionnées de manière centralisée en raison de la précision de ce paramètre. Une proportion importante de patients souffrant d'obésité a également pu être captée (indirectement) au niveau central en raison d'une comorbidité telle que l'hypertension, le diabète...

Les personnes atteintes de pathologies rares (à l'exception des patients souffrant de mucoviscidose) ont trop peu de factures de soins spécifiques pour que leur pathologie puisse être déduite indirectement de celles-ci. Pour ces petits groupes, un enregistrement complémentaire via les spécialistes qui suivent ces personnes de près a été effectué par le biais d'une application web dans les hôpitaux.

Les données de facturation de la base de données de l'AIM ne permettent pas d'identifier les personnes atteintes du syndrome de Down. Les résultats des caryotypes ne sont pas inclus dans les données de facturation. Pour ces personnes également, il a été décidé que la sélection se ferait de manière décentralisée par les seuls médecins généralistes.

3.3.1.3. LA TRADUCTION EN PARAMÈTRES APPLICABLES AUX DONNÉES DE FACTURATION

Dans le tableau suivant, les critères de sélection de priorité 1 de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé (voir tableau 2) sont traduits en paramètres que l'on retrouve dans les données de facturation. Avec ces paramètres, une sélection a été réalisée dans la base de données de l'AIM pour obtenir la cohorte sélectionnée.

Tableau 3: traduction des comorbidités en algorithmes pour les données de facturation

Comorbidité	âge	Période de recherche : x- 31/12/2020	Données de facturation/nomenclature
Pathologie pulmonaire chronique	45-64 ans	18 mois	Achat de médicaments Code ATC R03 (min. 90 DDD) Facture d'utilisation chronique d'oxygène, Facture de respirateur Facture de traitement de l'apnée du sommeil via cPAP Facture de revalidation respiratoire Facture nomenclature de chirurgie pulmonaire restrictive Facture nomenclature de pathologie Kine E
		60 mois	Facture d'examen de la fonction pulmonaire (deux fois par an)
		12 mois	Achat de médicaments d'au moins deux produits (90 DDD) avec code ATC : A09AA02 R05CB01 R05CB13 J04AB04 J01GB01 J01XB01 J01XB01
Maladies cardiovasculaires chroniques	45-64 ans	18 mois	Achat de médicaments avec les codes ATC : C01 C05 C08 C09 C10 (médicaments vasoprotecteurs, bêtabloquants, inhibiteurs de canaux calciques, inhibiteurs du système rénine-angiotensine et hypolipémiants) au moins 90 DDD Facture de revalidation cardiaque
		60 mois	Facture nomenclature de chirurgie des vaisseaux sanguins Facture nomenclature de chirurgie cardiaque Facture de revalidation locomotrice autre que le groupe B4

Maladies neurologiques chroniques - démence	45-64 ans	12 mois	Facture d'achat de médicaments avec le code ATC (90 DDD) L04AA31, L03AX13, L03AB07, L03AB13, L04AA34 Facture de rééducation logopédique dans le cadre d'aphasie, de dysarthrie et de troubles chroniques de la parole lors de pathologies neuromusculaires, Parkinson et sclérose en plaques. Facture de revalidation locomotrice autre que le groupe B4 Facture de revalidation dans des cliniques de la mémoire, au minimum 4 fois Facture de revalidation dans un centre de référence neuromusculaire Facture de revalidation multidisciplinaire incluant les problèmes de NAH
		60 mois	Facture d'achat de médicaments avec le code ATC (90 DDD) N06DA04, N06DA03, N06DA02
Diabète 1 et 2	45-64 ans	12 mois	Facture d'achat de médicaments avec code ATC (90 DDD) A10 Facture de pré-trajet diabète et de trajet de soins diabète Facture convention diabète (diabète de type 1 et 2 sous insulinothérapie, avec ou sans pompe, surveillance continue de la glycémie ou capteur)
Obésité	45-64 ans	12 mois	Facture d'assistance respiratoire en cas d'hypoventilation due à l'obésité Facture nomenclature de gastroplastie réductrice
Pathologies non hématologiques malignes	45-64 ans	60 mois	Registre du Cancer basé sur le rapport anatomopathologique
Pathologies hématologiques malignes	18-64 ans	60 mois	Registre du Cancer basé sur le rapport anatomopathologique
Pathologies hépatiques chroniques	18-64 ans	18 mois	Facture de médicaments avec le code ATC (90 DDD) A06AD11
Maladies rénales chroniques	45-64 ans	12 mois	Facture de médicaments avec le code ATC (90DDD) V03AE, A11CC03 Facture nomenclature de trajet de soins pour insuffisance rénale chronique
	18-64 ans	12 mois	Facture de médicaments avec le code ATC (à partir de 1 DDD) B03XA01 Facture nomenclature d'hémodialyse sous toutes ses formes
Immunodéprimés	18-64 ans	12 mois	Facture de médicaments avec code ATC (à partir de 1 DDD) L04A
Patients ayant subi une greffe	18-64 ans	60 mois	Facture de typage HLA lors de l'inscription sur la liste d'Eurotransplant Facture de greffe de cellules souches Facture nomenclature de greffe d'organes Facture nomenclature de bridge-to-transplant ou bridge to decision
Hypertension	18-64 ans	12 mois	Facture de médicaments avec le code ATC C02, C03, C07

Pathologies rares	18-64 ans	1 an	Achat de minimum 2 médicaments (90 DDD) avec le code ATC A09AA02, R05CB01, R05CB13, J04AB04, J01GB01, J01XB01, J01XB01 Facture d'un centre de référence mucoviscidose Facture de revalidation locomotrice (B4)
Syndrome de Down	18-64 ans		Pas de données dans la sélection centralisée
VIH actif	18-64 ans		Pas de données dans la sélection centralisée

3.3.1.4. LA PROCÉDURE DE SÉLECTION CENTRALISÉE

Sur la base de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sur l'assurance maladie-invalidité, les mutualités doivent disposer d'informations médicales afin de garantir leur travail d'organe de paiement et d'exercer le contrôle nécessaire. Elles constituent également le point final absolu pour ces informations afin de garantir le respect de la vie privée et la protection du secret médical. Les conditions juridiques à la réalisation de la sélection centralisée devaient tout d'abord être remplies au préalable (voir également les aspects juridiques). Des données médicales indirectes sont en effet transférées à une autorité sans le consentement explicite des personnes concernées. L'AR du 24 décembre 2020 concernant l'enregistrement et le traitement de données relatives aux vaccinations contre le COVID-19 constitue le cadre juridique. L'accord de coopération avec les différentes entités fédérées a été signé en dernier lieu par la COCOM (Bruxelles) le 2 avril 2021. Entre-temps, il y a eu un avis favorable du Comité de sécurité de l'information le 8 février 2021 sur les différents flux d'informations et un avis favorable de l'Autorité de protection des données le 10 février 2021. Cette dernière invoque l'importance vitale de la campagne de vaccination pour la population. Les organismes assureurs sont ainsi tenus de transmettre la sélection. Le consentement des personnes n'est pas requis. Les organismes assureurs ne peuvent pas exclure de personnes sélectionnées. La personne concernée a toutefois un droit de regard ; elle doit pouvoir être informée si elle fait partie de la sélection. Dans le cadre de l'accord de coopération, une lettre de mission a été signée par le Ministre flamand de la Santé publique, Wouter Beke, en tant que président de la Conférence interministérielle Santé publique, le 12 mars 2021.

La sélection centralisée a été réalisée en une seule fois en février 2021. Le Registre du Cancer a transmis sa sélection de patients à risque au CIN sur la base des numéros de registre national. L'AIM a appliqué la requête ci-dessus à son datawarehouse (entrepôt de données) et la sélection de données pseudonymisées obtenue a été reliée au numéro de registre national par le CIN. Le traitement effectué par le CIN scinde la liste par organisme assureur sur la base de la source authentique « CIN-Filtre » (avec connexion aux mutualités). La liste spécifique par organisme assureur a été transmise de manière sécurisée à la direction médicale de l'OA correspondant. De cette façon, le secret médical a été respecté grâce à l'autorité du médecin-directeur.

Après le *feu vert* de tous les directeurs médicaux des organismes assureurs, le CIN a transféré la liste à la Base de données des codes de vaccination pour activer les codes correspondants et fournir le paramètre du type de vaccin. L'identité du partenaire d'activation (le CIN en l'occurrence) était également stockée dans la Base de données des codes de vaccination.

3.3.1.5. LES RÉSULTATS DE LA SÉLECTION CENTRALISÉE

Au total, une cohorte de 1.154.957 personnes a été sélectionnée comme personnes à risque en raison de comorbidités et activée pour une vaccination prioritaire. Voici la répartition entre les différentes catégories d'âge :

Tableau 4: cohorte sélection centralisée de personnes avec comorbidités

Catégorie	Tranche d'âge	Nombre	Population totale	% des personnes à risque
18-44 ans	18-24 ans	3085	925458	0,33
18-44 ans	25-29 ans	3932	739469	0,53
18-44 ans	30-34 ans	5317	743369	0,72
18-44 ans	35-39 ans	6690	748921	0,89
18-44 ans	40-44 ans	8356	736872	1,13
45-64 ans	45-49 ans	152802	767667	19,90
45-64 ans	50-54 ans	235959	790892	29,83
45-64 ans	55-59 ans	333821	799736	41,74
45-64 ans	60-64 ans	404995	723739	55,96
Totaux	1.	1.154.957	6.976.123	16,56

À partir du 4 avril 2021, ces personnes pouvaient être invitées à se faire vacciner en priorité, par âge décroissant. La rapidité des convocations à la vaccination était alors principalement déterminée par les vaccins disponibles, la capacité des centres de vaccination et le taux de vaccination de la cohorte précédente (les plus de 65 ans). La Flandre était alors encore occupée avec la catégorie d'âge des 70-74 ans et convoquait les premières personnes à risque pour la quatrième semaine d'avril 2021. Bruxelles et la Wallonie étaient plus avancées dans les groupes d'âge en raison d'un taux de vaccination plus faible par rapport à la Flandre. À Bruxelles, la structure d'âge plus jeune de la population a également joué un rôle. Les personnes à risque en Wallonie et à Bruxelles ont ainsi pu être invitées à se faire vacciner au cours de la première semaine d'avril. C'était également le cas pour la Communauté germanophone. La sélection décentralisée des médecins généralistes a débuté le 13 avril 2021 (voir point 3.5)

Afin de garantir le droit de regard, chaque personne pouvait consulter son statut de sélection et son statut vaccinal personnels via www.myhealthviewer.be. Il existait un circuit supplémentaire via les mutualités pour les personnes qui ne parvenaient pas à trouver les informations nécessaires via myhealthviewer. Certains collaborateurs des mutualités pouvaient informer les membres sur la sélection et leur statut vaccinal, sous la délégation du médecin-directeur. Et ce afin de garantir à la fois les droits des patients et le secret médical.

Afin de réduire au maximum les risques de fraude pour la sélection, les collaborateurs des organismes assureurs ne pouvaient ajouter ou exclure des personnes à / de la sélection centralisée *one shot*. Les médecins généralistes disposaient toutefois de ces deux options.

3.3.2. DESCRIPTION DE LA SÉLECTION DÉCENTRALISÉE

3.3.2.1. POINTS DE DÉPART ET MÉTHODE

Le dossier médical électronique (DME) des médecins généralistes gérant le DMG est la source d'informations médicales la plus complète de notre système de soins de santé. Si le DME est bien géré par le médecin généraliste, il constitue une source idéale pour identifier les personnes à risque. Le goulet d'étranglement de cette stratégie réside toutefois dans l'exhaustivité des données (structurées et codées) du DME.

Le DME permet d'effectuer une recherche électronique dans le fichier du patient du médecin généraliste. Cela permet d'identifier les patients à risque sur la base des données structurées et codées de leurs dossiers. Ces *requêtes* peuvent en outre identifier des diagnostics qui n'ont pas été codés : par exemple, un patient sans le diagnostic codé d'hypertension peut être identifié sur la base de plusieurs mesures de pression artérielle élevée. Les médecins généralistes peuvent développer eux-mêmes de telles *requêtes* dans leur DME avec le module de statistiques. Le développeur de DME peut également élaborer ces recherches électroniques de manière centralisée pour tous les utilisateurs, de manière standardisée et automatisée. Cette méthode a été choisie pour la sélection décentralisée des personnes présentant des comorbidités. L'avantage de cette stratégie consiste, premièrement, dans une flexibilité accrue et une restriction moindre dans la conception des requêtes. Deuxièmement, on obtient ainsi des résultats uniformes que tous les utilisateurs exécutent de la même manière d'une simple *pression sur un bouton*. L'obstacle réside dans le fait que la Belgique compte huit développeurs de DME. Tous les DME n'étant pas conçus de la même manière, les requêtes doivent être traduites dans chaque programme DME. Cela signifie également qu'il peut parfois y avoir des différences entre les systèmes DME en ce qui concerne les résultats de la requête.

En collaboration avec Bemeso et Agoria, les organisations représentant les développeurs de DME, un plan a été élaboré en janvier 2021 pour réaliser les développements nécessaires dans les systèmes DME. Cela devait permettre aux médecins généralistes de jouer leur rôle dans la stratégie de vaccination contre le COVID-19.

Le processus de développement s'est déroulé en 3 étapes :

1. le développement d'un outil de diagnostic pour aider les médecins généralistes à enregistrer correctement leurs patients à risque ;
2. le développement de requêtes permettant d'identifier les patients à risque et de télécharger leur sélection dans la Base de données des codes de vaccination (VCDB) ;
3. le développement d'un outil (baromètre de la vaccination) pour suivre le taux de vaccination dans son propre cabinet (voir 3.9).

Afin de réaliser rapidement ces développements, il a été convenu avec l'INAMI et eHealth que les exigences d'homologation des systèmes DME seraient temporairement *mises en attente* jusqu'à fin avril 2021.

Afin d'uniformiser au maximum les développements demandés dans les systèmes DME, une concertation hebdomadaire a eu lieu entre les médecins généralistes, les développeurs de DME et les représentants de Bemeso et Agoria. Les développements prévus et la stratégie de communication vers les utilisateurs y étaient discutés. En outre, eHealth et les développeurs de DME se sont régulièrement concertés au sujet de la connexion (API) entre les systèmes DME et la VCDB.

3.3.2.2. L'OUTIL DE DIAGNOSTIC

L'outil de diagnostic a été implémenté dans les systèmes DME le 15 février 2021. Il contenait quatre requêtes qui permettaient aux médecins généralistes d'identifier de potentiels patients à risque qui n'étaient pas encore correctement enregistrés dans leur DME. Il s'agissait de requêtes pour le diabète sucré, l'insuffisance rénale chronique, les pathologies pulmonaires chroniques et les maladies cardiovasculaires chroniques. Grâce à l'utilisation de *variables de substitution* pour ces pathologies (taux d'hémoglobine A1C et de glycémie et médicaments pour le diabète, taux d'eGFR pour l'insuffisance rénale et médicaments pour les pathologies pulmonaires et cardiovasculaires), on a identifié des patients qui pouvaient souffrir de ces pathologies mais qui n'avaient pas encore reçu de diagnostic codé ICPC. Les informations médicales disponibles ont ainsi pu être structurées. La qualité du Sumehr^e s'est également améliorée. Les médecins généralistes ont reçu en outre des informations sur les patients à risque qui pouvaient bénéficier d'une vaccination prioritaire contre le COVID-19. Ils ont été encouragés à enregistrer correctement, autant que possible, le poids, l'IMC et les pathologies des patients.

3.3.2.3. REQUÊTES DE SÉLECTION DES COMORBIDITÉS

La deuxième étape a été le développement de requêtes pour identifier les patients à risque pour une vaccination prioritaire. Deux requêtes ont été développées : une requête pour identifier les patients à risque du groupe 1 et une requête pour identifier les patients à risque du groupe 3. Les patients souffrant de pathologies mentales chroniques et les patients socialement vulnérables ont également été inclus dans le groupe 1 des patients à risque. Le 2 avril 2021, la requête pour le groupe 1 a été mise à disposition des médecins généralistes. D'une simple pression sur un bouton, un médecin généraliste pouvait identifier les patients à risque et, d'une seconde pression, télécharger les données des patients à risque sélectionnés dans la VCDB. Le DME ne communiquait aucune information médicale à la VCDB, seulement le numéro de registre national. Dans la semaine du 3 mai 2021, la requête pour le groupe 3 a été mise à la disposition des médecins généralistes.

Outre les requêtes automatisées permettant d'identifier et de sélectionner les patients à risque pour une vaccination prioritaire, les médecins généralistes ont pu également télécharger des patients individuels en tant que patients à risque dans la VCDB à partir du 2 avril 2021. Parfois, un patient n'était pas identifié par la requête automatisée mais devait quand même être considéré comme un patient à risque. Cela pouvait se produire lorsque la pathologie du patient n'avait pas été correctement enregistrée (codée), que le patient n'avait pas de dossier médical global (DMG) auprès du médecin généraliste mais avait une relation thérapeutique avec lui, ou que le patient souffrait d'une pathologie qui n'était pas reprise dans la requête automatisée (par exemple une pathologie très récente). À partir d'avril, les femmes enceintes ont également pu entrer en ligne de compte comme patientes à risque à transmettre à la VCDB (voir plus loin). Cette dernière application a été mise en oeuvre en même temps que la requête pour le groupe 3 au cours de la première semaine de mai 2021.

Les médecins généralistes ont été informés des nouvelles possibilités de leur DME de deux manières. D'une part, Domus Medica a organisé des webinaires en Flandre en collaboration avec les développeurs de DME. Le webinaire durait une heure : une demi-heure d'explication générale des procédures et des notions et une demi-heure d'explications pratiques spécifiques pour chaque logiciel DME. D'autre part, les développeurs de DME ont envoyé des communications sur les nouveaux développements à leurs utilisateurs, ainsi que des manuels et du matériel éducatif.

^e Sumehr = résumé du dossier médical électronique = résumé électronique du dossier médical contenant les informations minimales dont un médecin a besoin pour évaluer votre état de santé. De cette façon, un médecin qui ne connaît pas vos antécédents médicaux peut vous fournir rapidement les soins appropriés.

3.3.3. DONNÉES SUR LE DÉROULEMENT DU PROCESSUS DE SÉLECTION DÉCENTRALISÉE

3.3.3.1. L'OUTIL DE DIAGNOSTIC

À partir de la base de données Intego, nous pouvons documenter l'impact de l'outil de diagnostic sur l'enregistrement du diabète sucré, de l'insuffisance rénale chronique, des pathologies pulmonaires chroniques et des maladies cardiovasculaires chroniques. Nous pouvons montrer la différence relative^f du nombre de nouveaux enregistrements (cas existants et nouveaux cas) pour ces diagnostics entre début février 2021 et mai 2021 par rapport aux mêmes périodes des années précédant la pandémie de COVID.

3.3.3.2. LES REQUÊTES DE SÉLECTION DES COMORBIDITÉS

Les chiffres hebdomadaires du nombre de patients à risque téléchargés par les médecins généralistes dans la VCDB (voir plus loin la distinction entre les patients téléchargés uniquement par des médecins généralistes et ceux téléchargés par les mutualités et des médecins généralistes).

3.3.3.3. PARTICIPATION AUX WEBINAIRES ORGANISÉS PAR DOMUS MEDICA

Webinaire baromètre de la vaccination 16-06 : 205

Webinaire baromètre de la vaccination 28-04 : 135

Webinaire : sélection des patients à risque 24-03 : 648

Webinaire : outil d'audit 04-02 : 316

Webinaire : outil d'audit 02-02 : 414

3.3.4. SÉLECTION SUPPLÉMENTAIRE, VISANT DES (SOUS-)GROUPES CIBLES SPÉCIFIQUES

3.3.4.1. INTRODUCTION

La synergie entre la sélection centralisée et la sélection décentralisée a fonctionné de manière très complémentaire. Cependant, des ajustements supplémentaires ont été nécessaires afin de pouvoir répondre en temps utile à l'évolution des connaissances et aux données scientifiques les plus récentes. Des circuits supplémentaires ont garanti qu'aucune personne ayant droit à une vaccination prioritaire n'en soit privée (« *leave no one behind* »).

^f Elle se limite au nombre de cabinets de groupe (n= 104) qui utilisent CareConnect comme DME et sont déjà considérés comme efficaces en termes d'enregistrements dans le cadre d'initiatives précédentes.

3.3.4.2. PERSONNES SOUFFRANT D'UNE PATHOLOGIE RARE

Il y a souvent peu d'informations en première ligne sur les personnes souffrant de pathologies rares, qui sont fréquemment traitées de manière très spécifique et spécialisée en troisième ligne. Leurs données de facturation auprès de la mutualité sont également trop peu précises pour pouvoir les détecter sur la base des données de l'AIM. Ni la sélection centralisée ni la sélection décentralisée n'offrait de solution en l'occurrence. Un système supplémentaire a été mis en place avec des médecins spécialistes de référence dans chaque hôpital. Via une application web, ils pouvaient activer ces personnes dans la Base de données des codes de vaccination.

3.3.4.3. FEMMES ENCEINTES

Au cours de la campagne de vaccination, le Conseil Supérieur de la Santé a publié son avis sur la vaccination prioritaire des femmes enceintes. Les femmes enceintes ne sont pas connues avec précision dans les données de facturation auprès de l'AIM mais le sont souvent au niveau de la première ligne. Une possibilité de sélection supplémentaire a été ajoutée aux logiciels des médecins généralistes afin que ces derniers puissent activer manuellement ces patientes. Les femmes qui étaient uniquement suivies par des gynécologues ont été orientées vers un médecin généraliste pour être activées dans la Base de données des codes de vaccination.

3.3.4.4. PERSONNES IMMUNODÉPRIMÉES

Le 17 août 2021, le KCE a publié le rapport : *rapid review of the evidence on a Covid-19 booster dose after a primary vaccination schedule*. Ce rapport contient une évaluation approfondie des percées infectieuses chez les patients vaccinés, tant au niveau national qu'international, qui conduit à la recommandation suivante :

« Au vu des connaissances actuelles, l'administration sélective d'une dose supplémentaire/de rappel de vaccin à ARNm (même quelques mois après la vaccination de base) semble être utile chez les personnes immunodéprimées :

- Patients atteints de troubles immunitaires congénitaux
- Patients sous dialyse rénale chronique
- Patients atteints du VIH (cellules T CD4 <200 cellules par mm3)
- Patients atteints d'un cancer du sang ou d'autres tumeurs malignes qui ont suivi un traitement actif au cours des dernières années
- Patients ayant subi une greffe de cellules souches ou d'organes
- Patients souffrant de maladies inflammatoires et suivant un traitement immunosuppresseur »

Le 24 août 2021, le Conseil Supérieur de la santé a confirmé les recommandations de ce rapport dans un avis.

Le 31 août 2021, le ministre Wouter Beke, en tant que président de la CIM (Conférence Interministérielle), a chargé les organismes assureurs de procéder à la sélection afin que les personnes immunodéprimées puissent être convoquées pour recevoir une dose supplémentaire. Le Comité de sécurité de l'information (CSI) a donné son approbation le 7 septembre 2021. Là encore, un effet de complémentarité a été favorisé par une sélection centralisée via l'AIM et une sélection décentralisée via les médecins généralistes.

L'extraction centrale des données des groupes suivants par l'AIM a été effectuée sur des données allant jusqu'au 31 mars 2021 pour toute personne âgée de 12 ans ou plus au 1er août 2021 :

- Patients atteints de troubles immunitaires congénitaux traités par des immunostimulants.
- Patients sous dialyse rénale chronique (toute forme de dialyse).
- Patients atteints d'un cancer du sang ou d'autres tumeurs malignes qui ont suivi un traitement actif avec chimiothérapie au cours des 3 dernières années
- Patients ayant subi une greffe de cellules souches ou d'organes, patients en phase de pré-transplantation
- Patients souffrant de maladies inflammatoires et suivant un traitement immunosuppresseur

La traduction de ces paramètres en données de facturation a conduit aux stratégies de recherche suivantes :

Tableau 5: traduction en données de facturation pour la sélection de personnes immunodéprimées

Comorbidité	période	âge	Paramètre
Néoplasie maligne	Du 31-03-2018 au 31-08-2021	À partir de 12 ans	Registre du Cancer basé sur l'anatomopathologie
Néoplasie hématologique	Du 31-03-2018 au 31-08-2021	À partir de 12 ans	Registre du Cancer basé sur l'anatomopathologie
Immunosuppression (pas VIH)	Du 31-03-2020 au 31-03-2021	À partir de 12 ans	Facturer l'achat de médicaments avec les codes ATC : L04AA31, L03AX13, L03AB07, L03AB13 L04AA34 (pour un minimum de 90 DDD)
Dialyse rénale chronique	Du 31-03-2020 au 31-03-2021	À partir de 12 ans	Facturation d'hémodialyse sous toutes ses formes
Patients avant et après la greffe d'organe	Du 31-03-2016 au 31-03-2021	À partir de 12 ans	Facture de typage HLA lors de l'enregistrement à Eurotransplant Facture d'une transplantation pulmonaire, d'une transplantation cardiaque, d'une transplantation rénale, d'une transplantation hépatique, d'une transplantation intestinale, d'une transplantation de plusieurs organes ou d'une transplantation de moelle osseuse
Personnes immunodéprimées (pas VIH)	Du 31-03-2020 au 31-03-2021	À partir de 12 ans	Facture d'achat de médicaments avec tout code ATC commençant par L04 (à partir de 1 DDD)

Au total, les organismes assureurs ont activé les données de 332.275 personnes le 10 septembre 2021. Elles ont reçu une invitation pour une dose supplémentaire en raison de problèmes immunitaires. Cela a été fait sur la base de ces paramètres et selon la même procédure que pour les patients à vacciner en priorité.

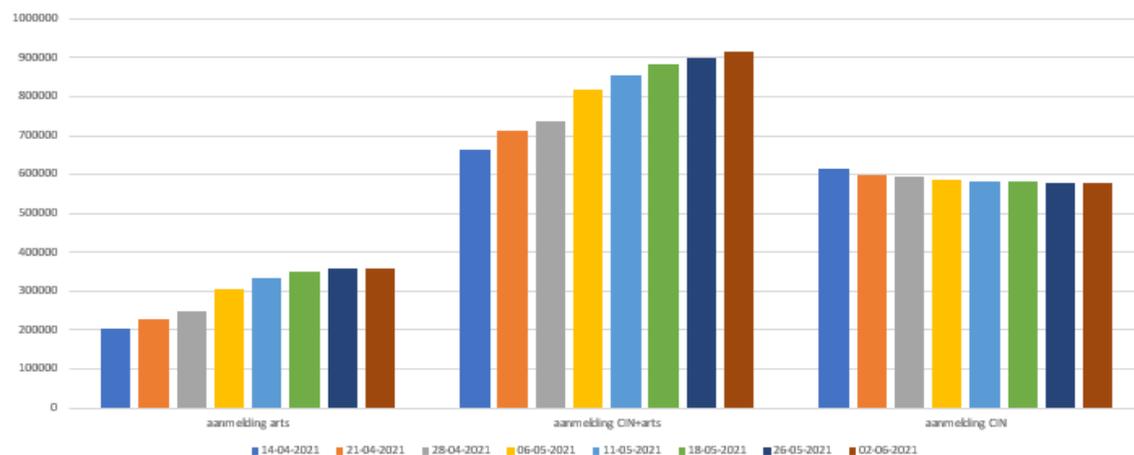
- Les médecins généralistes ont effectué la sélection décentralisée pour les groupes de patients suivants à partir de l'âge de 12 ans :
- Patients atteints de troubles immunitaires congénitaux qui ne sont pas traités par des immunostimulants ;
- Patients séropositifs (VIH) dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200 par mm³ de sang ;
- Patients atteints d'un cancer du sang ou d'autres tumeurs malignes qui ont commencé un traitement actif avec chimiothérapie à partir du 1er avril 2021.

Contrairement à la grande sélection de personnes à vacciner en priorité, la sélection décentralisée est limitée pour la cohorte « dose supplémentaire » en raison de problèmes immunitaires. La majorité des personnes ont pu être sélectionnées sur la base des données de l'AIM. Il n'y a pas eu par conséquent d'ajustements majeurs aux logiciels des médecins généralistes. Les médecins généralistes pouvaient généralement ajouter manuellement ces patients à la sélection à partir du 10 septembre 2021, à la demande du patient ou après orientation par un spécialiste ayant récemment posé un diagnostic, par exemple.

3.4. RÉSULTATS DES SÉLECTIONS

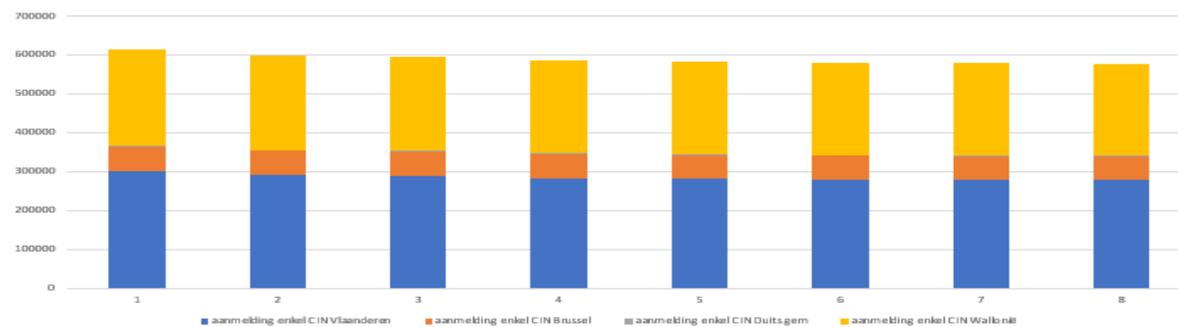
La sélection centralisée qui a eu lieu en une fois le 2 avril 2021 était une sélection avec une large application des paramètres définis par le Conseil Supérieur de la Santé. Cette sélection centralisée *one shot* a été suivie, à partir du 13 avril 2021, par les sélections décentralisées des médecins généralistes individuels en fonction de leur propre rythme de travail jusqu'au 2 juin 2021. Bien entendu, les médecins généralistes ont largement identifié les mêmes personnes que les organismes assureurs comme étant des personnes à risque (= CIN + médecin). Certaines des personnes sélectionnées n'ont pas été confirmées par la sélection des médecins généralistes (=CIN) et certaines des personnes sélectionnées n'ont été ajoutées que par les médecins généralistes (médecin). La combinaison de la sélection centralisée et de la sélection décentralisée a fait que les personnes qui n'avaient pas de médecin généraliste ont été captées par la sélection centralisée (CIN) et que les personnes dont les données médicales n'ont pu être extraites de la base de données de l'AIM (voir lacunes) ont quand même été sélectionnées par leur médecin généraliste. Au cours de la campagne, une tendance claire s'est dessinée : une augmentation progressive du nombre de personnes sélectionnées soit par le médecin généraliste, soit par le médecin généraliste et le CIN. Néanmoins, plus de 500.000 personnes ont été sélectionnées uniquement par le CIN et quelque 350.000 uniquement par le médecin généraliste. **Les deux systèmes étaient donc nécessaires** pour atteindre l'objectif d'*équité* (« *leave no one behind* »). Au total, 1.852.990 personnes ont été sélectionnées comme étant à risque et devant être vaccinées en priorité. L'augmentation dans la semaine du 6 mai peut s'expliquer par le téléchargement de la priorité 3 par les médecins généralistes, étant donné que la priorité 3 n'avait pas été retenue pour la sélection centralisée.

Figure 4 : Aperçu dynamique du nombre de patients sélectionnés par le CIN (mutualités-AIM), par le médecin généraliste et par les deux



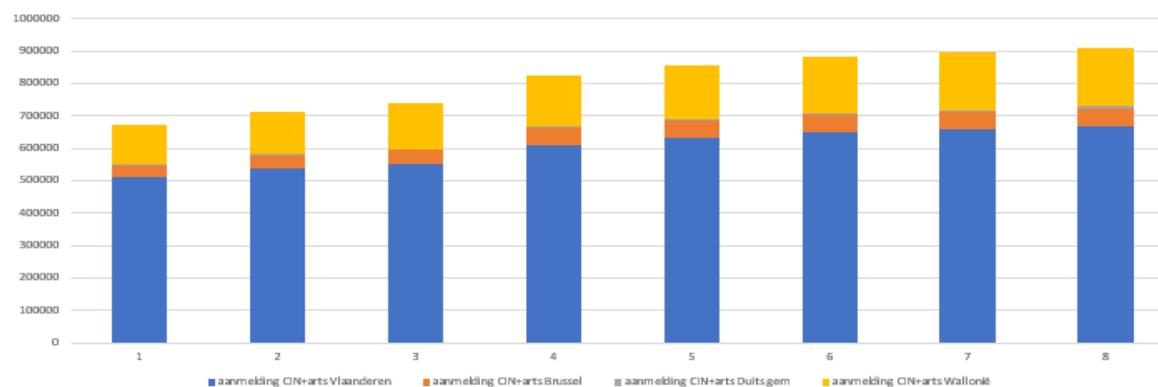
On observe toutefois d'importantes **différences régionales**. Les figures 5, 6 et 7 illustrent ces différences régionales.

Figure 5



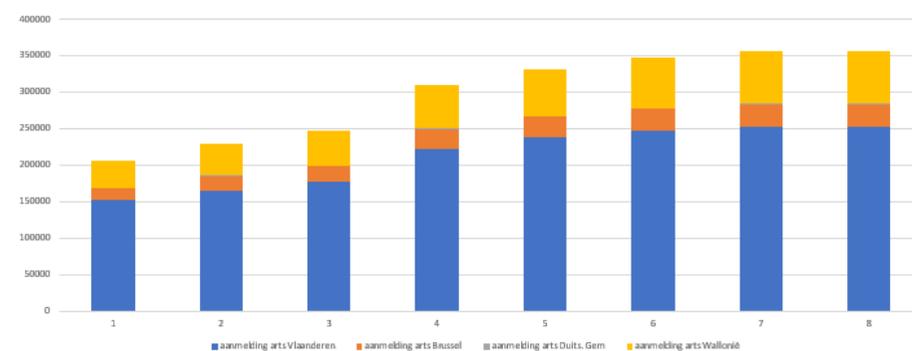
La figure 5 montre (pour les mesures aux mêmes dates que la figure 4) combien de personnes ont été sélectionnées uniquement par le CIN en région flamande (bleu), bruxelloise (orange) et wallonne (jaune). Cela reste constant pour les régions bruxelloise et wallonne mais diminue légèrement pour la Flandre au fil du temps.

Figure 6



La figure 6 montre (pour les mesures aux mêmes dates que la figure 4) combien de personnes ont été sélectionnées par le CIN et le médecin généraliste en région flamande (bleu), bruxelloise (orange) et wallonne (jaune). Il est clair ici qu'au fur et à mesure que la sélection des médecins généralistes progressait en Flandre, un nombre croissant de personnes ont été activées tant par la sélection centralisée que par la sélection décentralisée.

Figure 7



La figure 7 montre (pour les mesures aux mêmes dates que la figure 4) combien de personnes ont été sélectionnées uniquement par le médecin généraliste en région flamande (bleu), bruxelloise (orange) et wallonne (jaune). Dans toutes les régions, le nombre de personnes sélectionnées a augmenté au fil du temps, mais l'augmentation était significativement plus élevée en Flandre.

L'explication de ces différences régionales réside probablement dans l'utilisation différente du dossier médical global. L'utilisation du DMG diffère clairement par région (voir également le tableau 6, chiffres des médecins DMG en 2019). Le nombre de médecins gérant des DMG est proportionnel à la densité de population par région mais le nombre de dossiers par médecin DMG est significativement plus élevé en Flandre. Un plus grand nombre de patients sera sélectionné par médecin DMG utilisant son logiciel, car ces médecins gèrent en moyenne davantage de dossiers DMG.

Pour analyser plus en détail ces différences régionales, nous partons de plusieurs hypothèses : nous supposons que seuls les médecins DMG participent à la procédure de sélection, que la méthode de travail d'un médecin DMG est indépendante du nombre de DMG qu'il gère, que l'incidence et la prévalence des comorbidités sont les mêmes dans toute la Belgique et nous pondérons la taille des cabinets (1 pour < 100 dossiers, 2 pour 100 - 499 dossiers, 4 pour au moins 500 dossiers). Un médecin DMG en Flandre sélectionne en moyenne 130 patients, alors que c'est 82 à Bruxelles et 63 en Wallonie, sur la base des chiffres au 18 mai 2021. Si l'on tient compte de la taille relative des cabinets, un médecin DMG en Flandre sélectionne 42 patients pour 100 DMG comme patients à risque, alors qu'à Bruxelles ce chiffre est de 35 patients et en Wallonie de 23 patients. Les mêmes logiciels étant utilisés dans toute la Belgique, la sélection est nettement moins importante à Bruxelles et encore moins en Wallonie. Non seulement parce qu'il y a moins de patients ayant un DMG, mais aussi parce que les médecins DMG n'ont que peu, voire pas utilisé les outils logiciels proposés.

Tableau 6: nombre de dossiers signalés par les médecins généralistes DMG comme personne ayant des comorbidités

	Nombre d'habitants	% de patients DMG	Nombre de titulaires de DMG	< 100 DMG	100-499 DMG	≥ 500 DMG	Sélection 18/05/21	Moyenne	Pondéré par 100 dossiers
Flandre	58 %	82 %	6899 (59 %)	1064	1597	4238	894984	130	42
Wallonie	31 %	69 %	3849 (33 %)	881	1183	1785	241560	63	23
Bruxelles	11 %	59 %	1039 (8 %)	334	365	340	84689	82	35

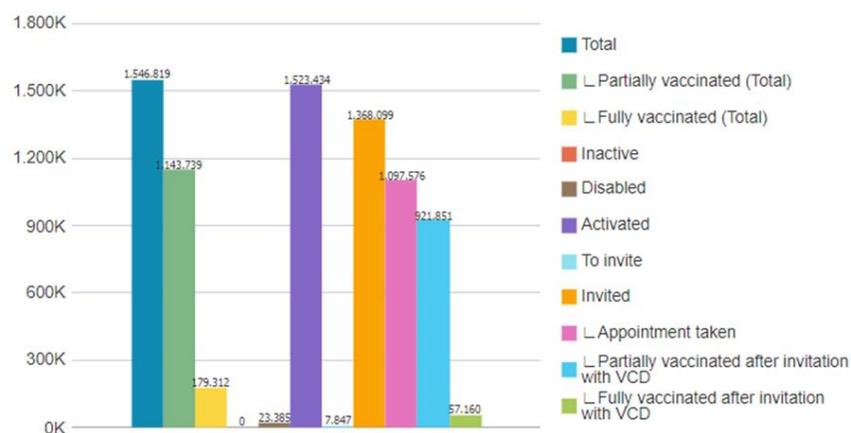
Cela pourrait expliquer l'évolution différente de la pandémie de COVID en Belgique. En Wallonie, on observe un taux de contamination plus élevé depuis l'été et un taux d'hospitalisation plus élevé à l'automne 2021. Non seulement le taux de vaccination est plus faible en Wallonie, mais les patients à risque sont également vaccinés plus tard et moins (ils sont relativement moins sélectionnés et, s'ils sont vaccinés, ils ne sont convoqués qu'en fonction de leur âge).

3.5. DES OUTILS DE MONITORING POUR SUIVRE QUOTIDIENNEMENT LA COUVERTURE VACCINALE DANS LE GROUPE DES PERSONNES À RISQUE

3.5.1. TABLEAU DE BORD D'ACTIVATION DE LA VACCINATION

Un tableau de bord a été développé qui permet à tous les acteurs impliqués dans le processus de vaccination de suivre l'évolution en temps réel. Ce tableau de bord donne un aperçu du nombre de personnes sélectionnées, du nombre de personnes invitées, du nombre de personnes partiellement et totalement vaccinées, du nombre de personnes ayant refusé un vaccin et du nombre de personnes restant à convoquer. Tous ces chiffres sont également disponibles par région, même jusqu'au niveau d'un centre de vaccination. Des compteurs distincts avec les mêmes paramètres sont visibles pour les femmes enceintes et les personnes sélectionnées pour une troisième dose. Des ajustements basés sur des chiffres réels ont ainsi été possibles. Des informations correctes sur l'avancement de la campagne de vaccination ont pu être communiquées à toutes les personnes concernées. La figure 8 en fournit une illustration.

Figure 8: état du tableau de bord fédéral le 28 mai 2021 à 12 heures.



3.5.2. BAROMÈTRE DE LA VACCINATION COVID-19 POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

3.5.2.1. SITUATION

Les médecins sont principalement formés pour fournir des soins *réactifs* : ils attendent qu'un patient se présente en consultation avec une demande précise. Mais les médecins sont également responsables de leur patientèle, mieux connue en médecine générale sous l'appellation « patientèle DMG ». Cette patientèle comprend également des patients qui sont plus difficiles à atteindre, qui sont moins susceptibles de venir au cabinet et qui ne reçoivent pas toujours les soins dont ils ont besoin en

temps voulu. C'est pourquoi nous avons également besoin de soins *proactifs*, afin d'identifier les patients vulnérables pour lesquels les soins sont plus difficiles et de les prendre en charge à temps avant que de graves problèmes ne surviennent. Il s'agit également d'une condition essentielle à la réussite d'une campagne de vaccination.

3.5.2.2. LE DÉVELOPPEMENT DU BAROMÈTRE DE LA VACCINATION COVID-19

La troisième étape des développements COVID-19 au sein des systèmes DME a consisté à développer un outil de suivi de la couverture vaccinale auprès de la patientèle des médecins généralistes. En combinaison avec l'outil de diagnostic et les requêtes de sélection de comorbidités, ce troisième outil constitue la base du baromètre de la vaccination COVID-19.

Le baromètre de la vaccination COVID-19 peut être considéré comme le troisième baromètre COVID-19 au sein de la médecine générale belge. Le premier baromètre a été développé pour mesurer la charge, le besoin d'aide, l'épidémiologie et le besoin d'équipement de protection pendant la première vague de la pandémie. Le deuxième baromètre a permis d'assurer le suivi épidémiologique dans les cabinets des médecins généralistes en enquêtant sur l'incidence quotidienne des infections respiratoires aiguës, du syndrome grippal et des diagnostics liés au COVID-19.

Le baromètre de la vaccination est un outil à utiliser dans les cabinets de médecins généralistes pour des soins proactifs via la gestion de la patientèle. Cet outil se compose de trois étapes qui permettent aux médecins généralistes d'instaurer un cercle vertueux dans leur cabinet. La première étape consiste à identifier les personnes à risque dans la patientèle du cabinet (voir 3.4). La deuxième étape consiste à assurer le suivi de la couverture vaccinale dans l'ensemble de la patientèle du cabinet et dans des groupes à risque spécifiques. Dans une troisième étape, des mesures individuelles sont prises pour optimiser la couverture vaccinale.

Deux bases de données sont très importantes pour rendre le baromètre possible : la VCDB et Vaccinnet. La couverture vaccinale peut être calculée parce que le statut vaccinal de tous les patients DMG de tout cabinet de médecin généraliste est automatiquement consulté et mis à jour quotidiennement via la VCDB. La VCDB est alimentée par Vaccinnet, qui est la source authentique du statut vaccinal. Le statut vaccinal qui apparaît ainsi dans le DME peut afficher cinq valeurs : 1) statut inconnu, 2) refus de la vaccination, 3) attente du premier vaccin, 4) attente du deuxième vaccin, 5) entièrement vacciné. Les médecins généralistes peuvent en outre consulter les informations détaillées (type de vaccin, date de vaccination et numéro de lot) dans le dossier individuel de tout patient grâce à une synchronisation directe avec Vaccinnet. Mais cette synchronisation ne se produit que lorsque le dossier du patient est ouvert, que le DMG est présent dans le cabinet et qu'une relation thérapeutique existe avec le médecin consultant. La consultation automatique de la VCDB pour tous les patients DMG est donc essentielle pour rendre ce processus efficace, car il serait impossible d'ouvrir chaque dossier individuellement chaque jour pour actualiser le statut vaccinal.

Le troisième outil consistait en des requêtes permettant de suivre la couverture vaccinale dans la patientèle du cabinet au sein des différents groupes à risque. Cinq groupes d'âge ont été définis, d'une part, comme groupes à risque : les plus de 65 ans, les 45-64 ans avec et sans facteurs de risque et les 18-44 ans avec et sans facteurs de risque. D'autre part, neuf groupes à risque basés sur des déterminants socio-économiques ou sur la morbidité ont été créés : patients bénéficiant d'un remboursement majoré des soins de santé, patients souffrant de diabète, de pathologies rénales chroniques, de pathologies pulmonaires chroniques, de pathologies hépatiques chroniques, de pathologies cardiovasculaires chroniques, d'obésité, de pathologies neurologiques chroniques et de pathologies oncologiques. Dans ces 14 groupes à risque, trois chiffres ont été calculés : le nombre total de patients DMG actifs dans ces groupes, le nombre de patients en attente d'un deuxième vaccin et le nombre de patients entièrement vaccinés.

Des requêtes ont également été développées pour les cinq groupes d'âge afin d'identifier les personnes qui n'avaient pas encore été entièrement vaccinées. Au sein de ces requêtes de rappel, une distinction supplémentaire peut être faite entre les patients qui avaient refusé la vaccination, ceux dont le statut vaccinal était inconnu, ceux qui étaient en attente d'un premier vaccin ou ceux qui étaient toujours en attente d'un deuxième vaccin. Ces requêtes sont essentielles pour permettre la dernière étape de la gestion de population (prise de mesures individuelles).

Les cabinets de médecins généralistes ont été invités à envoyer leurs *performances* sur une base hebdomadaire (entre le vendredi midi et le lundi midi). En quatre clics dans le DME, le médecin généraliste pouvait calculer la couverture vaccinale dans son cabinet en moins d'une minute et l'envoyer à Sciensano (Healthdata) en utilisant un formulaire électronique structuré (eFORM) dans son DME. HealthConnect a développé la technologie eFORM, qui a été installée dans tous les systèmes DME au début de la pandémie de COVID-19. Les demandes de tests COVID-19, par exemple, se font via des eFORM. Pour le baromètre de la vaccination COVID-19, l'eFORM a été automatiquement complété avec les chiffres calculés dans l'AUDIT. Le médecin généraliste n'a donc pas eu à effectuer de travail manuel pour remplir l'eFORM. Cela a permis d'éviter les erreurs de saisie. Seules les données administratives (nom du cabinet, adresse, médecin généraliste, adresse e-mail, médecins au sein du cabinet, système DME) ont dû être complétées, une seule fois. Ces données ont ensuite été automatiquement saisies dans l'eFORM.

Les données transmises ont été utilisées pour fournir aux cabinets de médecins généralistes un retour individuel sur leurs propres performances (prévalence des pathologies chroniques et couverture vaccinale), en utilisant les cabinets de leur réseau comme référence. Sur la plateforme Healthstat, tout cabinet participant pouvait consulter ses propres données en toute sécurité. Parce qu'un cabinet peut ainsi se situer par rapport aux autres cabinets du réseau choisi, il peut être incité à améliorer ses performances lorsque, par exemple, elles sont inférieures à la moyenne. Comme référence, on peut choisir, d'une part, la zone géographique (zone de première ligne (uniquement en Flandre), arrondissement, province, région, pays) et, d'autre part, le type de cabinet auquel on appartient (soit aucune sélection, donc comparaison avec tous les types de cabinets, soit comparaison avec le même type de cabinet (cabinet individuel, cabinet à deux, cabinet de groupe, centre de santé de quartier ou cabinet de réseau)).

En Flandre, les données agrégées ont également été utilisées par les gestionnaires de population des zones de première ligne (ELZ, pour *eerstelijnszones* en néerlandais) liées aux centres de vaccination. Via une base de données répliquée, les données du baromètre ont également été mises à la disposition de l'Agentschap Zorg en Gezondheid (AZG) flamande via Healthdata. La Flandre compte 60 ELZ qui sont chargées d'organiser les vaccinations dans leur zone. Les gestionnaires de population suivent la couverture vaccinale dans leur région à l'aide d'un tableau de bord fourni par l'AZG. Ils tentent d'optimiser le taux de vaccination dans leur zone par des actions ciblées. Les données du baromètre ne sont disponibles que sous forme agrégée. Ainsi, les gestionnaires de population ne peuvent pas visualiser les données de performance individuelles des cabinets, mais uniquement au niveau de l'ELZ. Les gestionnaires de population peuvent toutefois identifier les cabinets individuels sur la carte de leur ELZ.

La dernière étape de la gestion de population consistait à prendre des mesures individuelles. Si un cabinet remarquait que la couverture vaccinale restait faible dans un groupe d'âge spécifique, des requêtes de rappel pouvaient être utilisées pour identifier les personnes non vaccinées. À partir de cette requête, d'autres mesures pouvaient être prises, comme l'inscription d'une tâche dans le dossier de ces patients, la prise de contact par téléphone ou la rédaction d'une lettre personnalisée par le médecin généraliste. En Flandre, une collaboration entre les cabinets de médecins généralistes et le gestionnaire de population a également été possible afin d'examiner ensemble les actions qui semblaient les plus nécessaires, par exemple une action plus large au sein d'un groupe cible spécifique dans l'ELZ ou une action envers des patients individuels dans le cabinet du ou des médecins généralistes.

3.5.2.3. LES RÉSULTATS

Au 13 août 2021, 1.733 cabinets en Belgique avaient déjà transmis au moins une fois le baromètre de la vaccination. Entre 450 et 800 cabinets ont envoyé leurs données chaque semaine. Pendant la période des vacances, la participation hebdomadaire des cabinets a diminué.

Figure 9

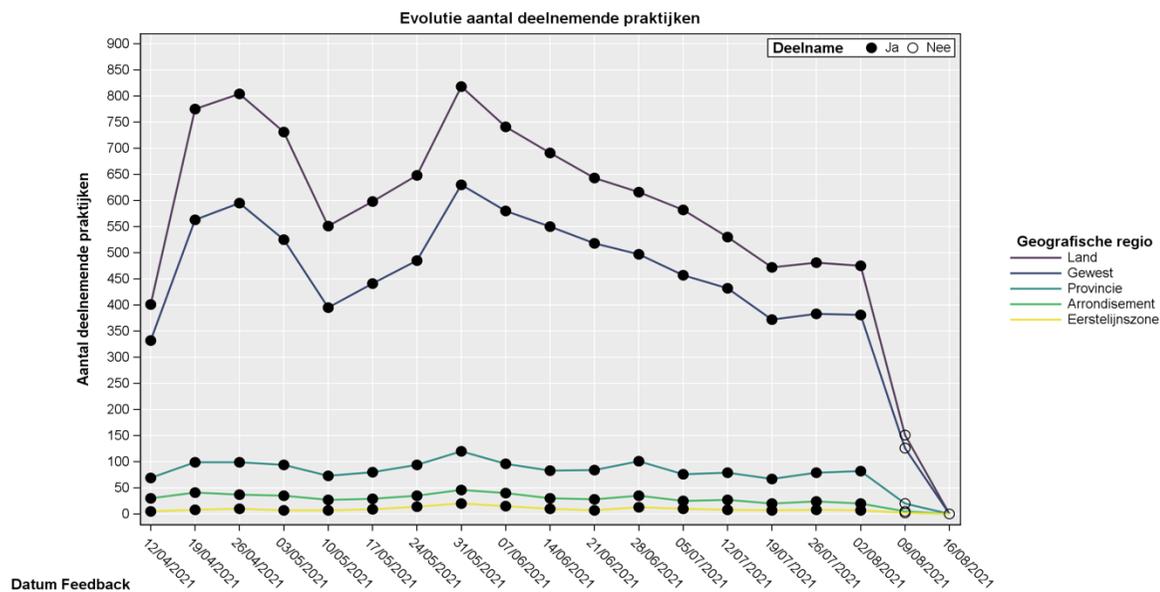


Figure 10

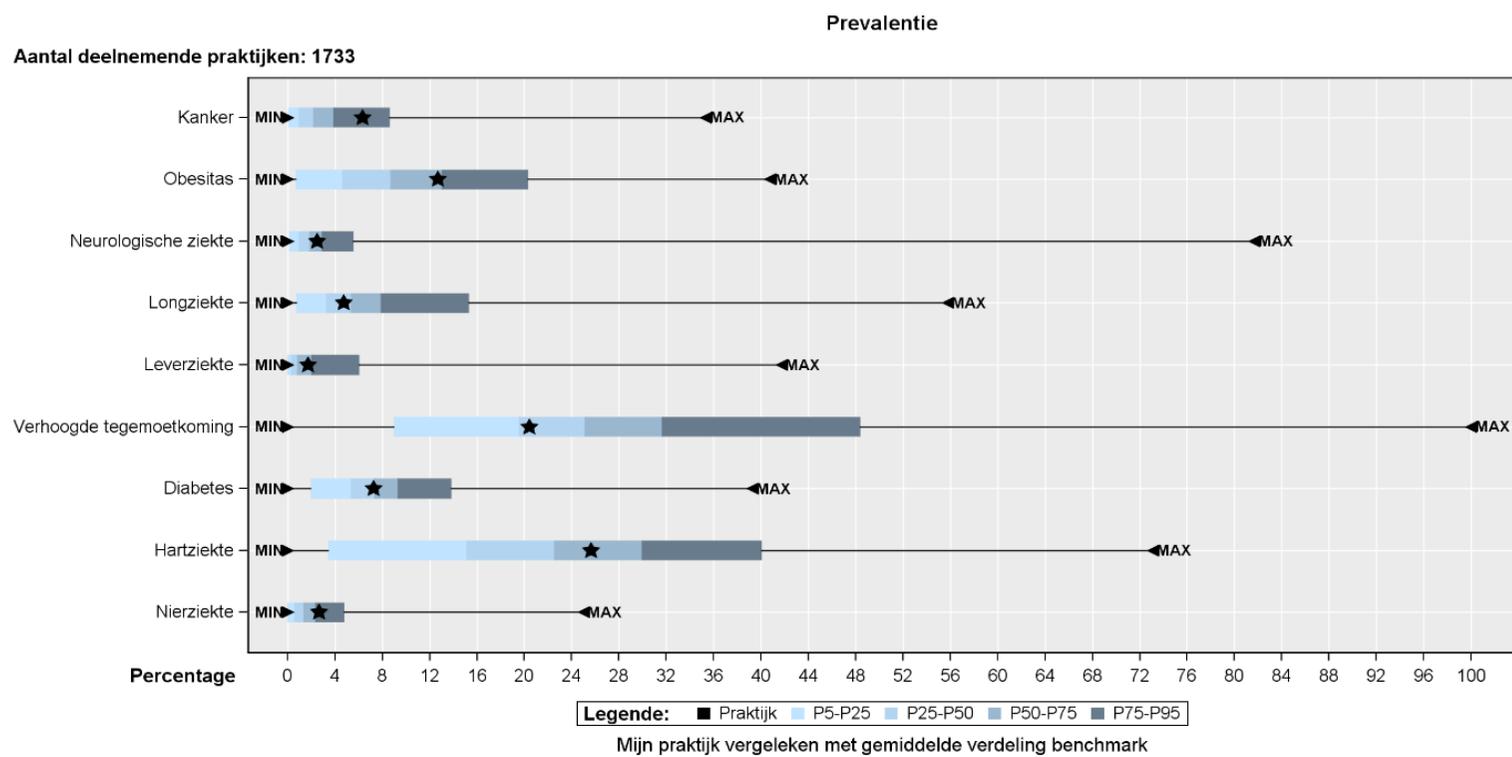


Figure 11

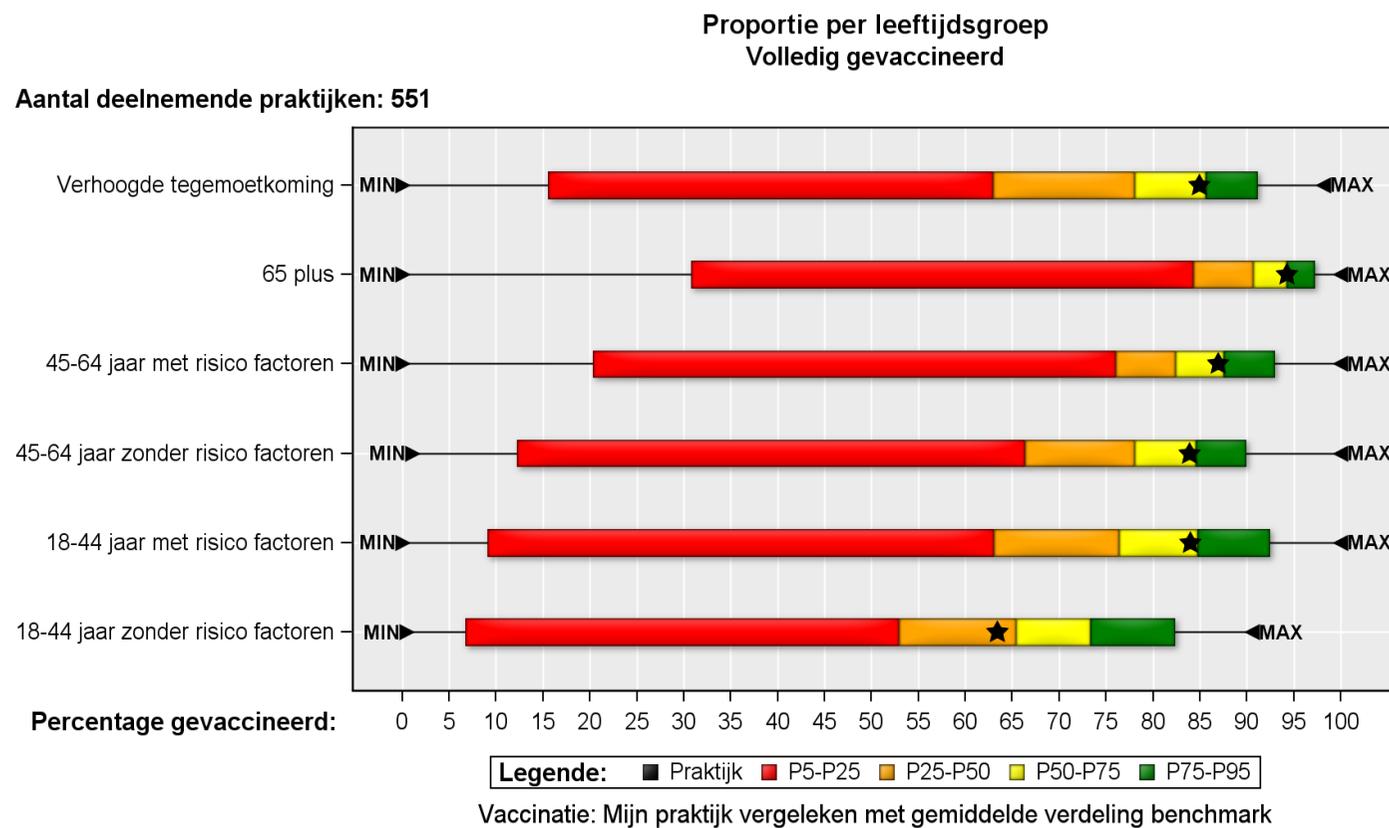


Figure 12

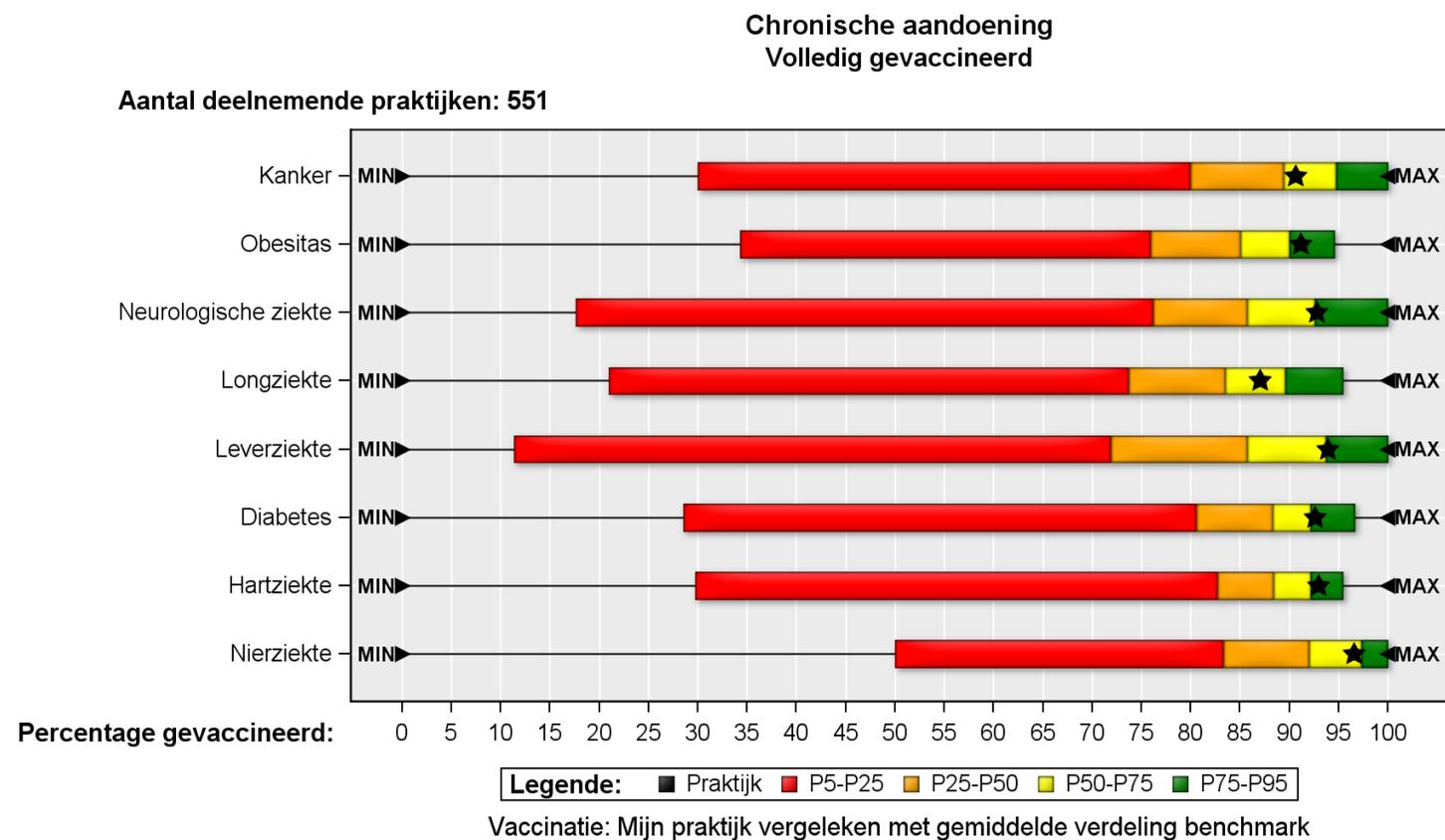


Figure 13

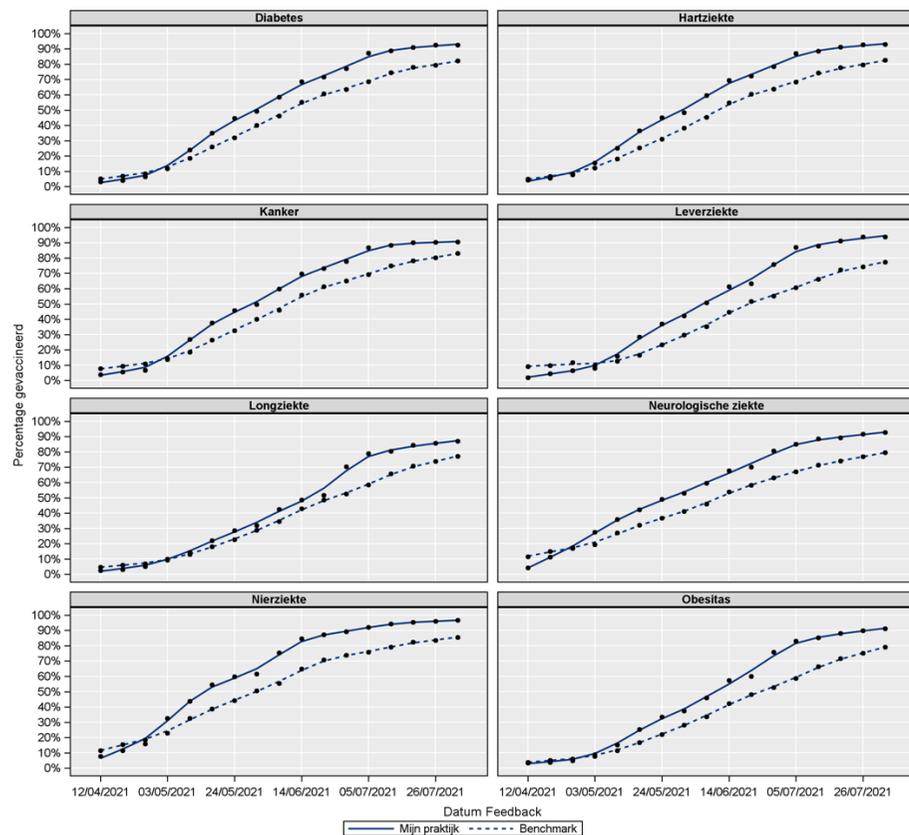


Figure 14

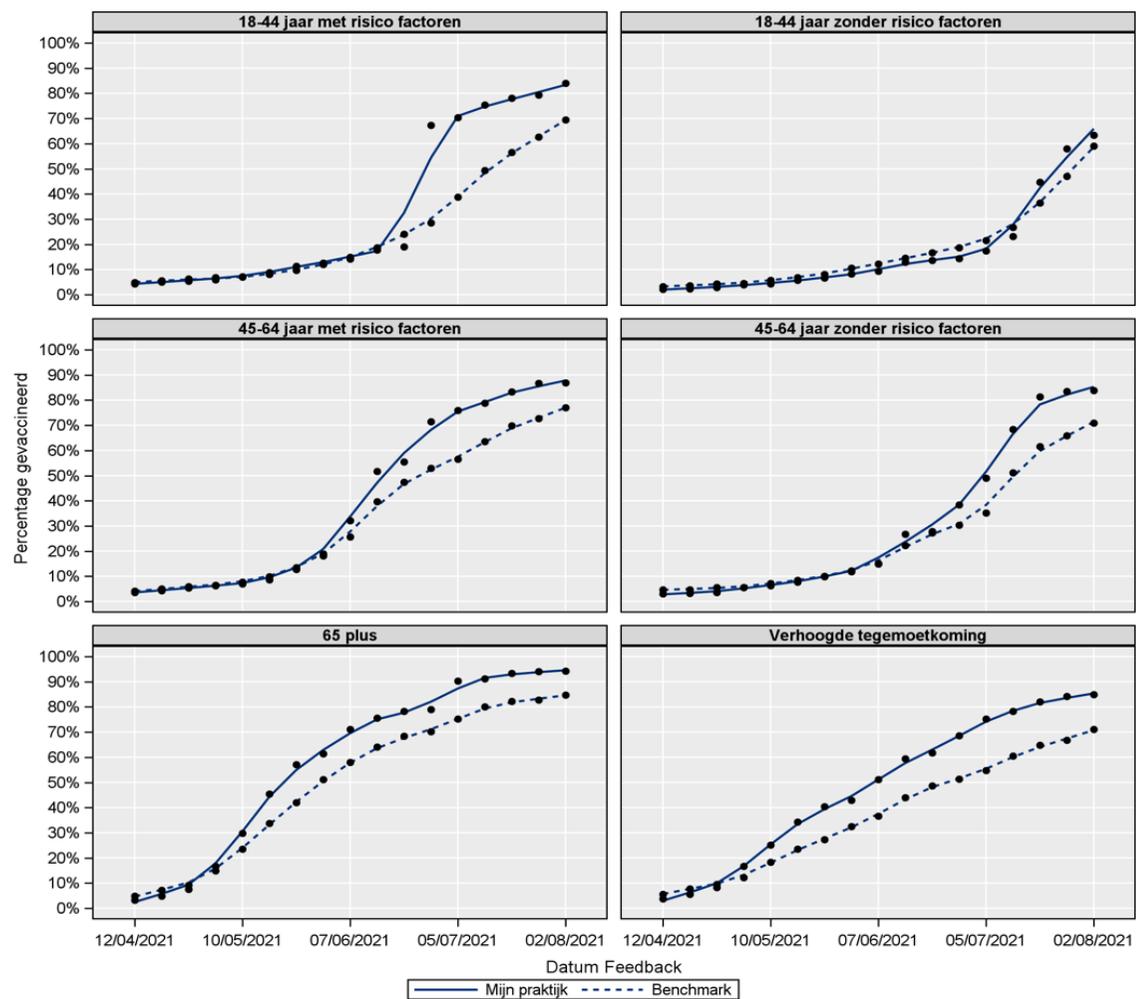
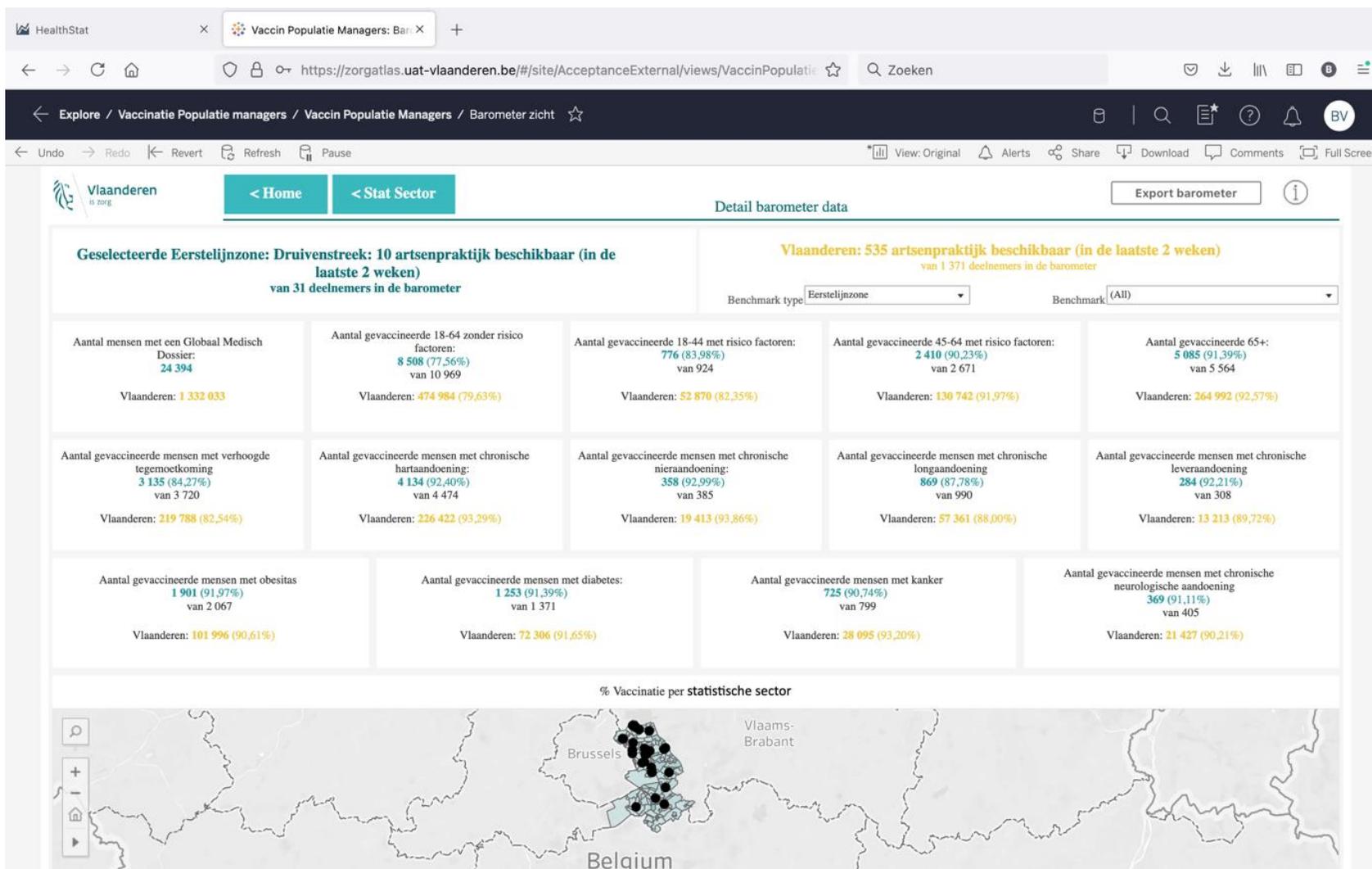


Figure 15



La technologie de baromètre ouvre également de nombreuses possibilités pour l'avenir. Il sera possible de fournir aux cabinets de médecins généralistes des outils pour évaluer la qualité de leurs soins, formuler des objectifs d'amélioration de la qualité au sein de leur cabinet et suivre l'impact de leurs actions. L'étape suivante consistera à offrir le retour d'information de Healthstat directement dans le DME du médecin généraliste. En 2022, il est prévu de développer un baromètre du diabète, qui aidera les médecins généralistes à évaluer et à ajuster la qualité de leur prise en charge du diabète. Comme le démontre le baromètre de la vaccination, ces données nous aident également à surveiller la santé au sein des ELZ en Flandre et à suivre l'impact des actions entreprises dans ces ELZ. Avec le principe du baromètre, nous soulignons donc le rôle social des médecins généralistes et de leur DME.

4. COÛT DE LA VACCINATION PRIORITAIRE

Il est impossible de calculer avec précision le coût supplémentaire de la vaccination prioritaire par rapport à la vaccination selon l'âge. Il est même extrêmement difficile d'en faire une bonne évaluation. Nous avons malgré tout fait une tentative, car dans la seconde partie de ce rapport, nous voulons comparer ce coût avec le résultat de cette politique.

Au cours du processus de vaccination, l'accent a été mis principalement sur la mise en œuvre concrète, rendue possible grâce à une grande solidarité et un grand enthousiasme, sans prise en compte du temps consacré. Nous essayons de faire, après coup, une estimation approximative du coût global de ce processus. Nous avons quelques pistes au niveau de la sélection centralisée. En l'occurrence, nous avons pu mesurer une fraction des activités et l'avons évaluée à 907 jours-hommes, mais la plupart des activités également pour la sélection centralisée ne sont plus mesurables. Pour la sélection décentralisée, il est impossible d'identifier l'investissement en temps de chaque médecin généraliste. Seul le remboursement partiel des logiciels DME par l'INAMI est mesurable. Le temps investi par le personnel dans les centres de vaccination, par le personnel des différentes autorités, par le personnel de SMALS, Doclr et Qvax (qui a dû faire des efforts supplémentaires pour rendre possible cette vaccination prioritaire) n'est pas mesurable non plus. Pour quelque 3,2 millions de doses qui ont été administrées en priorité, nous avons un coût supplémentaire global compris entre 1,3 million et 2,6 millions d'euros.

Tout bien considéré et avec les réserves d'usage, nous arrivons à un coût supplémentaire de 0,40 à 0,60 € par dose pour les doses prioritaires.

5. RÔLE DE SENSIBILISATION DU PHARMACIEN

5.1. POINTS DE DÉPART

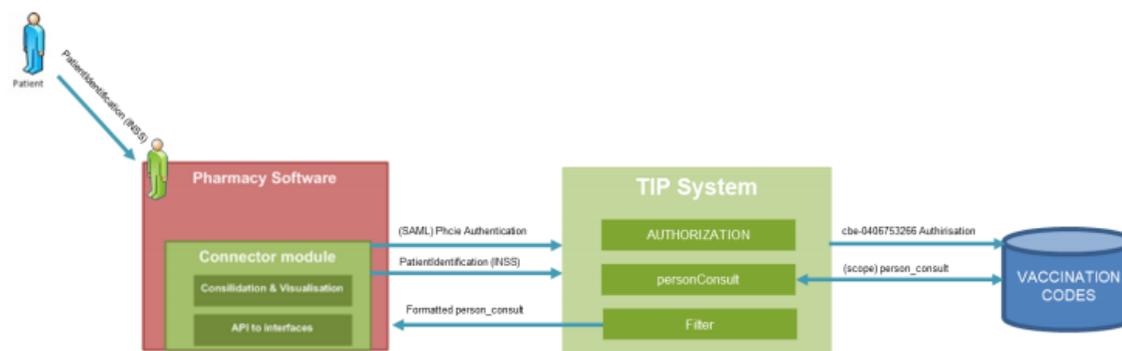
Les pharmaciens ont joué un rôle dans la sensibilisation et l'accès à la vaccination. Pour soutenir leurs patients, les pharmaciens d'officine ont eu accès à certaines données de la Base de données des codes de vaccination. Les informations ont été consultées lors de l'ouverture du dossier pharmaceutique de la personne. De cette façon, les pharmaciens disposaient de façon rapide et efficace d'informations sur le stade exact du processus de vaccination de la personne (personne convoquée, vaccinée avec la première dose ou entièrement vaccinée).

Le développement de la fenêtre contextuelle a commencé début 2021. Cela a été fait en coopération avec FarmaFlux et tous les éditeurs de logiciels pour les pharmacies d'officine ouvertes au public. Tous les pharmaciens de référence belges ont ainsi pu assumer leur rôle dans la sensibilisation.

5.2. IMPLÉMENTATION TECHNOLOGIQUE

La priorité était de développer une solution technologique qui soutenait tous les pharmaciens de manière uniforme, sûre et efficace. Après l'identification du patient, le dossier pharmaceutique s'ouvrait. Le logiciel de la pharmacie envoyait ensuite un appel à un système TIP (Trusted Intermediate for Pharmacist) central. Ce système existant garantissait un traitement des données de haute qualité pour les pharmaciens. Le système TIP consultait la Base de données des codes de vaccination. Une interprétation des données était ensuite effectuée, et les informations pour la fenêtre contextuelle étaient préparées. Enfin, le logiciel visualisait les informations dans la fenêtre contextuelle afin qu'elles soient visibles pour le pharmacien.

Figure 16: flux des données - visualisation par les pharmaciens des données de la Base de données des codes de vaccination.



L'accès du pharmacien à la Base de données des codes de vaccination était limité aux personnes avec lesquelles le pharmacien avait une relation thérapeutique. Le pharmacien avait le droit de lire les données minimales requises pour soutenir les processus ultérieurs de vaccination :

- le code de vaccination attribué,
- la date d'activation du code de vaccination,
- le type de vaccin qui serait administré sur la base du code de vaccination,
- la date de la première vaccination,
- le nom du deuxième vaccin éventuellement nécessaire,
- le statut vaccinal de la personne (valeurs possibles : pas encore vacciné, premier vaccin administré et deuxième vaccin encore nécessaire, entièrement vacciné).

Les données n'étaient pas enregistrées dans le logiciel du pharmacien.

5.3. DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

Dans la fenêtre contextuelle, les informations de la Base de données des codes de vaccination étaient affichées visuellement sous la forme d'un trajet.

Le pharmacien avait la possibilité de gérer la fenêtre contextuelle. Les pharmaciens pouvaient indiquer dans chaque fenêtre contextuelle si la personne était convaincue, hésitante, réticente ou si elle devait être orientée. Il y avait aussi une option *plus tard* permettant de reporter l'entretien. Le pharmacien pouvait utiliser l'option *convaincu* pour faire en sorte que la fenêtre contextuelle ne réapparaisse plus. Pour les citoyens qui n'étaient pas convaincus, le pharmacien évaluait la nécessité d'un suivi supplémentaire. En utilisant l'option *hésitant ou réticent*, le pharmacien pouvait faire revenir la fenêtre contextuelle afin que la conversation puisse avoir lieu ultérieurement. Si une personne refusait plusieurs fois, le pharmacien pouvait l'indiquer afin que la fenêtre contextuelle ne s'affiche plus.

5.4. RÉSULTATS

La collecte des données a commencé le 1er mai 2021. Le présent rapport contient des données jusqu'au 16 août 2021. Le nombre total de pharmacies actives en Belgique au 16 août 2021 était de 4.695, dont 2.564 en Flandre, 529 à Bruxelles et 1.602 en Wallonie.

Au total, 4.456 pharmacies activées ont utilisé les données de la Base de données des codes de vaccination.

Les pharmaciens ont ouvert 4,28 millions de fenêtres contextuelles. En tout, 891.940 réponses ont été enregistrées dans la fenêtre contextuelle, par un total de 3.347 pharmacies participantes.

Figure 17: Résultats sur le traitement de la fenêtre contextuelle par le pharmacien. Au total, il a été répondu 259.736 fois à cette fenêtre contextuelle (au 16-08-2021).



Les pharmaciens participants ont reçu un rapport de pharmacie individuel. Grâce à un benchmark, ils ont pu se comparer à la moyenne des chiffres de leur région (Bruxelles, Wallonie ou Flandre) et aux chiffres nationaux. Le rapport de pharmacie a été utilisé pour motiver les pharmaciens pendant la campagne de vaccination.

5.5. FUTUR – ENSEIGNEMENTS TIRÉS POUR UNE PROCHAINE PHASE

Les pharmaciens ont apporté une contribution professionnelle majeure à la campagne de vaccination. Pour ce faire, ils ont été soutenus par des développements technologiques innovants. La fenêtre contextuelle a permis aux pharmaciens d'entamer la discussion de sensibilisation sur la base de leur relation de confiance avec le patient. La Base de données centrale des codes de vaccination était essentielle pour fournir des informations précises et en temps réel sur le statut du patient (convoqué, partiellement vacciné ou entièrement vacciné). Grâce à un système TIP central, ces informations pouvaient être mises à la disposition de tous les pharmaciens belges de manière uniforme et sécurisée.

Les pharmaciens ne jouaient toutefois aucun rôle dans la sélection des patients à risque. Dans une prochaine phase durable, les pharmaciens pourraient renforcer de deux manières la sélection décentralisée opérée par le médecin généraliste. D'une part, en identifiant les patients qui ne disposent pas encore d'un dossier médical global et en les orientant vers leur médecin traitant. D'autre part, le pharmacien est capable de détecter et de sélectionner les patients sur la base d'un algorithme de médication dans le dossier pharmaceutique. Le dossier pharmaceutique partagé (DPP) fournit à tous les pharmaciens de Belgique des informations pertinentes, précises et de qualité sur les médicaments délivrés aux patients. 99 % de toutes les pharmacies belges y sont connectées. Sur la base de cette sélection, les pharmaciens pourraient s'associer aux médecins généralistes (et éventuellement à d'autres prestataires de soins) pour renforcer encore la sélection décentralisée au sein de la relation thérapeutique interpersonnelle entre le prestataire de soins et le patient.

6. LES ASSOCIATIONS DE PATIENTS : RÔLE ET IMPACT DANS LE PROCESSUS

6.1. ASSOCIATIONS DE PATIENTS EN BELGIQUE

Les deux organisations faitières des associations de patients étaient représentées dans le groupe de travail, à savoir la Vlaams Patiëntenplatform (VPP), côté néerlandophone, et la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS), côté francophone.

6.2. IMPORTANCE DE LA PARTICIPATION DES PATIENTS AU PROCESSUS

Au début de la campagne de vaccination, il n'y avait pas assez de vaccins pour vacciner immédiatement toute la population. Les autorités ont donc dû décider quels groupes de population seraient prioritaires. La VPP et la LUSS ont estimé qu'il était important que les vaccins disponibles soient administrés en priorité aux patients à risque. En raison de leur(s) pathologie(s) sous-jacente(s), ils couraient le risque le plus élevé de développer une forme grave de la maladie, voire de décéder. Le Conseil Supérieur de la Santé a également émis des avis dans ce sens. La VPP et la LUSS ont toujours œuvré pour que les avis du Conseil Supérieur de la Santé sur cette question soient suivis. Lors des réunions du groupe de travail, les représentants des patients ont également souligné l'importance d'une vaccination prioritaire pour les patients à risque.

6.3. RÔLES ASSUMÉS PAR LES ASSOCIATIONS DE PATIENTS

La VPP a joué le rôle de défenseur des intérêts des personnes souffrant de maladies ou de pathologies chroniques (voir infra). Les organisations faitières des associations de patients ont pu veiller à ce que l'expérience des malades chroniques soit prise en compte lors des réunions des groupes de travail, afin que la communication au grand public soit aussi proche de la réalité que possible.

La VPP a reçu de nombreuses questions de patients et d'associations de patients sur la vaccination et a essayé d'y répondre le mieux possible.

La VPP et la LUSS ont également rempli une fonction d'alerte à cet égard. Elles ont servi d'intermédiaire pour les questions et les préoccupations des patients et des associations de patients auxquelles la VPP et la LUSS ne pouvaient pas répondre directement. Le groupe de travail formulait ensuite une réponse. Les contacts avec les membres individuels ont également aidé dans ce cadre.

Les représentants des patients eux-mêmes ont activement diffusé les informations sur la campagne de vaccination via différents canaux :

POUR LA VPP :

- Le 23 février 2021, la VPP a organisé un webinaire sur la vaccination, qui a suscité un vif intérêt et au cours duquel le prof. Dirk Ramaekers a donné un exposé sur les différents vaccins, sur la stratégie de vaccination et a également répondu aux questions des patients. Ce webinaire a rencontré un franc succès. Environ 200 patients individuels y ont participé.
- Au cours de la période de février à décembre 2021, la VPP a envoyé une newsletter mensuelle supplémentaire (« Nieuwsflits ») à toutes les associations membres. Elle était entièrement consacrée à la campagne de vaccination. À leur tour, les associations de patients ont joué un rôle important dans la diffusion de ces informations auprès de leurs propres membres.

- Début avril, la VPP a organisé une réunion pour les associations membres. Lors de cette réunion, les représentants des patients ont reçu toutes les informations nécessaires concernant la sélection des patients à risque, la manière de savoir s'ils étaient sélectionnés ou non, etc. Le fonctionnement de MyHealthViewer y a également été expliqué en détail.
- Ilse Weeghmans, alors directrice de la VPP, a expliqué sur Radio 1 comment les patients pouvaient vérifier s'ils figuraient sur la liste des patients à risque.

POUR LA LUSS :

Le 24 février 2021, la LUSS a organisé un webinaire sur la vaccination contre le COVID-19 en collaboration avec le Professeur De Wit du CHU Saint-Pierre à Bruxelles. Les membres des associations de patients pouvaient poser des questions sur la vaccination et la stratégie de vaccination.

En mars 2021, la LUSS a organisé différents forums de discussion en petits groupes.

Au cours de la période de décembre 2020 à juin 2021, la communication sur la campagne de vaccination a été envoyée via différents canaux. Des actions de sensibilisation ont également été menées pour encourager les patients à demander un dossier médical global (DMG), afin d'optimiser la sélection des groupes à risque.

La VPP et la LUSS ont également contribué à adapter les informations diffusées par les autorités aux besoins des patients.

6.4. IMPACT DES ASSOCIATIONS DE PATIENTS

Dans un premier temps (décembre 2020), seuls les patients de 45 ans et plus souffrant de pathologies sous-jacentes étaient considérés comme à risque. La Vlaams Patiëntenplatform et la Ligue des Usagers des Services de Santé ont œuvré pour élargir ce groupe cible aux patients à risque âgés de moins de 45 ans. Ces organisations ont soulevé cette question à plusieurs reprises auprès de différentes instances politiques. La VPP a ainsi investi beaucoup de temps dans des réunions et des contacts avec les décideurs politiques pour s'assurer que la stratégie de vaccination serait adaptée. Début décembre 2020, l'organisation a envoyé un communiqué de presse pour appuyer sa demande. Début février 2021, le Conseil Supérieur de la Santé a ajouté plusieurs groupes de patients à la liste des patients à risque dans un nouvel avis.

Au fil du temps, il est apparu que tous les partenaires impliqués n'étaient pas favorables à la stratégie de vaccination convenue. À un moment donné, des objections ont également été soulevées dans les milieux politiques. Certains ne souhaitaient plus donner la priorité aux patients à risque et vacciner plutôt en fonction de l'âge. Au sein du groupe de travail proprement dit, le soutien à la stratégie de vaccination convenue est toutefois resté très fort. La VPP a envoyé plusieurs communiqués de presse, dans lesquels elle demandait avec insistance le maintien de la stratégie de vaccination convenue. Elle a également contacté les gouvernements fédéral, flamand et bruxellois à cette fin et a informé les membres des commissions parlementaires concernées. Au début du mois de mars 2021, la VPP a appelé ses membres à publier leur propre communiqué de presse, préconisant le maintien de la stratégie convenue. La VPP a également demandé à ses membres de diffuser sur les médias sociaux des vidéos intitulées "Je suis un patient à risque. Vous veillerez à me vacciner rapidement ?" (traduction libre du néerlandais). La LUSS et RadDiOrg ont soutenu et partagé la campagne avec leurs réseaux.

Les besoins spécifiques des patients atteints d'une maladie rare ont également été pris en compte lors de l'élaboration de la stratégie de vaccination. Ces personnes risquaient d'être laissées pour compte car elles n'étaient souvent pas connues en tant que telles, ni par leur médecin généraliste, ni par leur mutualité. Par conséquent, les médecins de référence dans les hôpitaux ont pris en charge la sélection de ces patients. La VPP et la LUSS ont veillé à ce que les besoins de ce groupe de patients continuent d'être pris en compte dans le groupe de travail.

Lors de la conférence interministérielle du 10 mars, la stratégie de vaccination convenue a été approuvée définitivement. L'engagement des autres membres du groupe de travail, surtout des mutualités et des médecins généralistes, était de la plus haute importance pour mener à bien la vaccination des patients à risque.

Au cours de la campagne de vaccination, il est apparu que les jeunes, dès l'âge de 12 ans, pouvaient également être vaccinés. La VPP a également demandé que les jeunes présentant des pathologies sous-jacentes soient vaccinés en priorité.

En mai, l'intervalle entre deux doses du vaccin d'AstraZeneca a été réduit à huit semaines. Cette disposition ne s'appliquait qu'aux personnes convoquées après le 13 mai 2021. Pour les personnes qui avaient été convoquées plus tôt, l'intervalle entre les deux vaccins était maintenu à douze semaines. Comme cela concernait principalement les personnes de plus de 65 ans et les patients à risque, qui avaient été prioritaires dans la campagne, la VPP a œuvré pour que ces personnes reçoivent elles aussi leur deuxième dose plus tôt, ce qui leur a permis d'être protégées de manière optimale quatre semaines plus tôt.

En juillet, une enquête de la VPP a montré que 8 personnes sur 10 souffrant d'une maladie chronique estimaient que la vaccination contre le COVID-19 devrait être obligatoire pour tous les prestataires de soins. La VPP a estimé qu'un signal aussi fort ne pouvait rester sans suite. La vaccination obligatoire était nécessaire, selon l'organisation, pour protéger les patients ou les habitants les plus vulnérables avec lesquels les prestataires de soins de santé sont en contact. Pour eux, le COVID-19 reste en effet une menace pour leur vie.

7. COMMUNICATION : CONCERTATION PERMANENTE AVEC TOUTES LES PARTIES PRENANTES ET FOURNITURE D'INFORMATIONS À CELLES-CI

Communication externe avec les patients à risque, les prestataires de soins et le grand public

Les membres du groupe de travail ont communiqué entre autres avec les patients, les prestataires de soins de santé et les administrations concernées. La Task Force Vaccination a toutefois pris des initiatives de communication supplémentaires pour sensibiliser et informer toutes les parties prenantes :

- des communiqués de presse + des interviews avec la presse
- des annonces lors des conférences de presse hebdomadaires de la Task Force et du Centre de crise national (NCCN)
- des mailings aux médecins-spécialistes et aux hôpitaux concernés avec des informations sur la procédure à suivre (voir <https://www.info-coronavirus.be/nl/vaccinatie/#adviezen>)
- des webinaires donnés par les virologues de la Task Force
- des informations sur le site web www.info-coronavirus.be (avec des vidéos et des FAQ) avec une communication accessible et multilingue
- des affiches pour la vaccination prioritaire des femmes enceintes destinées aux gynécologues et aux sages-femmes : https://d34j62pglfm3rr.cloudfront.net/downloads/2021_zwanger_LR_NL.jpg

8. VACCINATION PRIORITAIRE ET ÉQUITÉ

L'introduction faisait référence à l'*équité* comme point de départ important dans la mise en œuvre de la stratégie de vaccination. Pour commencer, l'objectif *Leave no one behind* a été atteint en misant sur l'accessibilité.

En Flandre, le conseil de soins a désigné un gestionnaire de population pour chaque zone de première ligne (ELZ). Celui-ci était chargé d'atteindre la couverture vaccinale la plus élevée possible dans tous les groupes cibles de la population de l'ELZ. Pour ce faire, le gestionnaire de population a suivi la couverture vaccinale par groupe cible, analysé les besoins des groupes cibles et développé des actions spécifiques, si nécessaire. Ceci a été fait en collaboration avec tous les partenaires de soins et de l'aide sociale de la première ligne. Le gestionnaire de population était en outre chargé de coordonner la vaccination à domicile et la vaccination mobile dans les collectivités et de gérer la sensibilisation des groupes vulnérables.

Les gestionnaires de population ont accordé une attention particulière aux groupes cibles socialement vulnérables ou qui pourraient rencontrer certains obstacles pour répondre à leur invitation à la vaccination. Une attention particulière a ainsi été accordée aux groupes cibles qui ne pouvaient pas se rendre facilement dans un centre de vaccination et devaient être vaccinés à domicile ou dans un environnement familial. Le gestionnaire de population a travaillé pour ce faire avec une équipe mobile de professionnels de la santé du centre de vaccination, ou un médecin généraliste local a effectué la vaccination mobile. Les médecins généralistes ont vacciné un grand nombre de leurs patients non mobiles à domicile, en collaboration avec le centre de vaccination, où les doses étaient préparées.

Des séances de vaccination ont eu lieu dans de nombreux cadres différents, tels que lieux de culte, centres d'accueil, initiatives de refuge, mais aussi des cadres très informels comme des cafés. Dans la mesure du possible, des solutions de mobilité ont également été utilisées afin de permettre aux personnes de se faire vacciner dans le centre de vaccination, avec des personnes partageant les mêmes intérêts, ce qui constituait un facteur de confiance.

Une attention particulière a en outre été accordée aux personnes qui rencontraient des difficultés avec leur convocation à la vaccination en raison d'une barrière linguistique ou culturelle. Des actions ciblées ont également été menées pour la vaccination des jeunes afin de surmonter des obstacles pratiques et autres. Une attention particulière a également été accordée à de nombreux groupes cibles spécifiques, qui diffèrent d'une ELZ à l'autre. Le point de départ du gestionnaire de population a toujours été de mettre en place l'action la plus ciblée possible pour répondre aux besoins d'un groupe particulier de personnes. Pour mener à bien cette tâche, la coopération avec tous les partenaires possibles sur le terrain était extrêmement importante. Le gestionnaire de population a assumé un rôle de liaison pour identifier toutes les données disponibles sur les défis possibles pour se faire vacciner et gérer ceux-ci en collaboration avec le réseau. Il était également crucial de disposer de données quantitatives dans un tableau de bord pour suivre la couverture vaccinale par âge et par secteur statistique au sein de la zone de première ligne. Ceci a été rendu possible par l'Atlas des soins (« Zorgetlas ») de l'Agentschap Zorg en Gezondheid flamande.

À Bruxelles, une étude a été réalisée pour le compte de la Commission communautaire commune (<https://www.ccc-ggc.brussels/>) et l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale) sous le nom de *Vaccessible*. La stratégie de Bruxelles était basée sur la diversification et la décentralisation. On est passé d'une stratégie *one size fits all* au développement d'une offre large (vaccination centralisée et vaccination locale accessible dans les quartiers).

Les étapes suivantes ont été suivies dans ce cadre :

- Les besoins de la population ont été identifiés : besoins liés à l'accessibilité, à la perception des risques par la population, à la confiance de la population dans les vaccins et les vaccinateurs, etc.
- Approche : communication adaptée, actions complémentaires (grands centres de vaccination combinés à des actions décentralisées comme le Vaccibus).

Cette étude a mis en avant trois grandes conclusions :

- Les besoins de la population doivent être le point de départ pour déterminer la stratégie de vaccination. Une méthodologie avec des catégories a été développée.
- Pour une approche durable, il importe de promouvoir de multiples actions complémentaires afin de répondre aux besoins de la population.
- Il faut tenir compte de l'intervention active des acteurs de la santé aux fins d'une action intégrée.

Tout au long de l'étude, les chercheurs scientifiques et les collaborateurs impliqués dans la détermination de la stratégie ont travaillé en étroite collaboration. Il s'agissait d'un processus continu de recherche, d'évaluation et d'ajustement.

Les résultats de l'étude sont importants pour une stratégie durable à l'avenir.

9. LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS POUR L'ORGANISATION FUTURE DES SOINS DE SANTÉ ET L'IMPORTANCE DE LA GESTION DE POPULATION EN CAS DE MISE EN ŒUVRE URGENTE DE PROJETS À GRANDE ÉCHELLE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ.

Dans ce chapitre, nous examinons les principaux enseignements de la campagne quant à la sélection des personnes à vacciner en priorité. Une observation générale : la vaccination prioritaire ne donne vraiment des résultats que si elle s'inscrit dans une vaccination générale qui fonctionne bien.

Ce chapitre a été élaboré dans le cadre d'un vaste processus participatif au sein du groupe de travail Organisation de la Task Force Stratégie de vaccination. Nous avons élargi le champ d'action au-delà de la vaccination des groupes à risque, car le groupe de travail a entrepris de nombreuses autres tâches au cours des derniers mois dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de vaccination. Les réflexions de ce chapitre sont également pertinentes dans le cadre d'une « vaccination qui fonctionne bien ».

9.1. QU'AVONS-NOUS APPRIS AU NIVEAU « MACRO » ?

Pour permettre la sélection prioritaire de personnes à vacciner, nous avons dû prendre en compte des facteurs importants dans les domaines suivants :

- La structure de l'État belge
- Le cadre juridique
- Les sources d'information électroniques disponibles
- L'organisation de la « première ligne »
- Le flux d'informations

9.1.1. Malgré une intervention complexe avec une **structure de l'État** compliquée, il est important que les différents niveaux, quelles que soient les compétences, continuent à se parler. Cela s'est plutôt bien passé en ce qui concerne la stratégie de vaccination. Ce que nous avons clairement appris, c'est que le « groupe de travail Organisation de la stratégie de vaccination » a apporté une valeur ajoutée à la détermination de l'approche du processus opérationnel et à la mise en œuvre de la stratégie choisie. Un schéma fixe de concertations hebdomadaires a permis d'assurer l'adhésion aux procédures opérationnelles. Les décisions concernant la mise en œuvre de la stratégie ont été préparées avec la participation de multiples points de vue (prestataires de soins de santé, patients, mutualités, entités fédérées, responsables de la communication, responsables informatiques, juristes, etc.) L'importance accordée aux rapports mutuels a en outre donné naissance à une sorte de communauté d'apprentissage informelle où les bonnes pratiques ont été échangées et les solutions élaborées de manière co-créative. Le contrôle de la synchronisation des décisions et l'anticipation adéquate des goulets d'étranglement devaient permettre d'éviter qu'un niveau n'ait à attendre un autre niveau ou ne soit court-circuité par un autre niveau. Le maintien d'une vue d'ensemble est un défi dans ce contexte et mérite l'attention nécessaire.

La mise en place d'une plateforme avec tous les acteurs impliqués dans l'exécution crée une valeur ajoutée absolue.

9.1.2. Au départ, il n'existait pas de **cadre juridique** spécifique pour une telle campagne, il fallait donc se rabattre sur la législation existante « non adaptée ». Des procédures souvent lourdes devaient dès lors être répétées à chaque nouvelle étape de la vaccination prioritaire. Par conséquent, une réflexion approfondie sur une approche intégrée durable et conforme au RGPD dans un cadre juridique performant est une tâche de la plus haute priorité. Il est nécessaire de développer un cadre dans lequel les différentes autorités compétentes se rencontrent. Au cours de la campagne, cela a mené à l'accord de coopération du 12 mars 2021 entre l'État fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune, la Région wallonne et la Commission communautaire française concernant le traitement de données relatives aux vaccinations contre le COVID-19.

Il importe en outre qu'en cas de pandémie, les bases de données existantes au sein des différentes autorités puissent être reliées entre elles afin que les informations vitales nécessaires puissent être utilisées pour protéger la population. Un cadre juridique générique de partage des données est nécessaire, dans lequel les campagnes de vaccination pour les futures pandémies pourront être rapidement déployées.

9.1.3. **Un système d'information bien développé**, qui va au-delà des autorités individuelles concernées, est une condition préalable essentielle à la gestion d'une crise. Lors de la sélection des patients à risque, une coopération unique a été réalisée entre la Base de données des codes de vaccination, l'AIM, les mutualités, les médecins généralistes et leur DMG, les pharmaciens avec leurs systèmes informatiques, les médecins spécialistes, les services E-health....

Un « dossier patient électronique interprofessionnel intégré » doté d'une architecture structurée constitue un maillon essentiel. L'équité est une considération importante dans le développement d'un dossier patient électronique et exige que l'on prête attention à la culture numérique et à la médecine préventive. Le dossier patient n'est pas une fin en soi, c'est un moyen d'atteindre le « Quintuple Aim » (voir chapitre 1). En d'autres termes, le dossier patient électronique de chaque citoyen belge doit contribuer à une meilleure santé et à un plus grand bien-être, l'équipe de soins étant un partenaire actif dans ce cadre. Et ce, indépendamment de la mesure dans laquelle le citoyen peut prendre en main sa propre santé.

Le point fort de cette campagne a été la complémentarité entre les données disponibles dans les DMG et les données de l'AIM qui ont pu être attribuées à des numéros de registre national via les mutualités. De cette façon, il y avait une garantie maximale que personne ne serait laissé de côté (« leave no one behind »). Les mutualités détiennent les données de consommation de soins de santé remboursés qui constituent des informations médicales indirectes de chaque citoyen indépendamment des capacités de ce citoyen en matière de médecine préventive. En raison de l'effet de complémentarité, la responsabilité n'a pas incombé à un seul secteur et la première ligne a été dans une certaine mesure « soulagée » alors qu'elle se trouvait extrêmement sollicitée. Le dossier intégré – en combinaison avec les bases de données centrales telles que la base de données de l'AIM - constitue le fondement de la gestion de population, des données anonymes ou pseudonymisées étant extraites conformément au RGPR, sur base desquelles un « diagnostic communautaire » est formulé, qui peut informer des stratégies adaptées aux besoins locaux. Ces données anonymes ou pseudonymisées constituent la source de données pour la gestion de population ; les tableaux de bord offrent la possibilité d'accéder aux données à différents niveaux (micro, quartier, méso, macro). À partir des tableaux de bord, un système de benchmarking et d'amélioration de la qualité peut être mis en place. Les outils peuvent être utilisés pour la sensibilisation, les approches personnalisées, les outils pour les audits, les cycles de qualité, le benchmarking. Le tout est soutenu par le suivi au niveau des prestataires de soins de santé, des cabinets ou des pharmacies individuels, de l'organisation par exemple d'infirmières à domicile. Des outils sont également nécessaires pour l'établissement de rapports, le suivi et la visualisation au niveau des quartiers, des zones de première ligne ou des régions. Le rôle des mutualités dans le cadre de la sensibilisation peut également être mieux ciblé de cette manière.

9.1.4. Au sein du système de santé, les soins de première ligne doivent être renforcés

La couverture vaccinale est nettement plus faible, tant pour la population générale que pour les patients à risque, dans les régions où le nombre d'habitants titulaires d'un DMG est plus faible, où les médecins généralistes DMG sélectionnent moins activement leurs patients et où le nombre de patients titulaires d'un DMG par médecin DMG est plus faible.

Premièrement, la capacité des prestataires de soins de première ligne doit être renforcée et diversifiée. À court terme, 400 médecins généralistes ETP supplémentaires sont nécessaires à Bruxelles, et dans de nombreuses régions de Wallonie et de Flandre, il existe des problèmes de capacité pour les médecins généralistes, les soins à domicile et d'autres professions de soins.

À l'occasion de la conférence sur les soins de première ligne en février 2017, le groupe de réflexion scientifique a rédigé une note intitulée : "De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van!" (La réforme des soins de première ligne en Flandre : faisons-la ensemble !) (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELC-Synthesenota%20Wetenschappelijke%20Reflectiekamer%202017.pdf>).

Deuxièmement, la notion de « réseau de première ligne » est une piste de réflexion intéressante.

Le principe d'« inscription dans un réseau de première ligne » est une extension du dossier électronique interprofessionnel intégré et offre à chaque citoyen la valeur ajoutée de recevoir des soins interdisciplinaires et adaptés de la part d'équipes de soins proches et actives à proximité. Les réseaux de première ligne assurent une coordination plus fluide des soins en première ligne, en se concentrant sur la santé et l'aide sociale, et coopèrent avec les réseaux hospitaliers et avec les soins spécialisés en deuxième ligne. Des recherches supplémentaires sur ces possibilités sont nécessaires.

9.1.5. Les associations de patients soulignent l'importance d'un **flux d'informations** efficace **vers les prestataires de soins de santé et le public**. La Vlaams Patiëntenplatform (VPP) estime qu'il faut améliorer la communication avec les prestataires de soins de santé sur le terrain.

Les prestataires de soins de santé jouent un rôle important dans la campagne de vaccination. Ils doivent eux-mêmes être convaincus de l'utilité de la vaccination en général et des principes de la vaccination prioritaire, sinon le patient ne le sera pas non plus. Il est important que le patient puisse se tourner vers le prestataire de soins pour obtenir des informations correctes sur la vaccination.

Comme nous avons combattu un virus inconnu, les informations scientifiques correctes ont évolué et on a progressivement compris la stratégie à adopter en matière de vaccination prioritaire.

Il manquait en effet une plateforme d'information unique et centrale pour les professionnels concernant les personnes à vacciner en priorité. Les informations étaient fragmentées, souvent pas assez détaillées pour les professionnels et souvent difficiles à comprendre pour le citoyen. Une source d'information parallèle pour le citoyen est également nécessaire. Bien qu'une contribution très honorable ait été apportée par la cellule d'information du Secrétariat Corona, la coordination centrale de l'information est restée un défi. Sur le terrain, il n'a pas toujours été facile d'identifier clairement les diffuseurs de l'« information officielle ».

Le citoyen doit savoir clairement à quelle instance il peut s'adresser pour poser une question. L'expérience a montré que ce n'était pas (toujours) le cas. Ici aussi, une bonne coordination des initiatives centralisées et décentralisées (par exemple, les centres d'appel pour les questions d'information) est nécessaire.

9.2. QU'AVONS-NOUS APPRIS AU NIVEAU « MÉSO » ?

Un niveau méso bien développé a clairement contribué au bon déroulement de la campagne pour la population générale et en particulier pour les personnes à vacciner en priorité.

En **Flandre**, les zones de première ligne, dans lesquelles quatre groupes travaillent ensemble (soins de santé, aide sociale, personnes nécessitant des soins et un accompagnement et autorités locales), ont très vite mis en évidence l'importance de la coordination au niveau méso (100.000 habitants). Les centres de vaccination, organisés par les zones de première ligne et impliquant des milliers de volontaires, se sont avérés être la stratégie efficace, qui a permis de placer la région dans le top 5 européen des régions les plus performantes en matière de vaccination. Les centres de vaccination ont également été utilisés en Wallonie et à Bruxelles - où le niveau méso n'est pas encore clairement défini - mais à Bruxelles, il est rapidement apparu qu'un large éventail de stratégies adaptées était nécessaire pour atteindre la population très diverse (voir chapitre 8). D'une part, le niveau méso semble former une « masse critique » suffisante pour mettre en place efficacement des campagnes à grande échelle et, d'autre part, il offre une connexion suffisante avec les acteurs locaux (professions des soins de santé, organisations de soins...) pour répondre de manière flexible aux différences et aux besoins locaux.

Il est important que le niveau méso soit suffisamment soutenu par le niveau macro : en Flandre, le rôle du Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (www.vivel.be) et de la VSG (Association des villes et communes de Flandre) (www.vvsg.be), s'est avéré essentiel pour le bon fonctionnement des zones de première ligne.

À **Bruxelles**, au niveau méso, la vaccination a été entièrement organisée par l'entité fédérée : la planification, les convocations, l'organisation physique et l'administration, la logistique, etc. ont été gérées au niveau régional. La première ligne a été un partenaire important dans ce domaine, mais pas un initiateur. Le fil conducteur de toute la campagne de vaccination dans cette région cosmopolite, où 40 % de la population n'a pas de médecin de famille, était : proximité-accessibilité-confiance avec comme mot d'ordre « Leave no one behind ».

L'exécution de la stratégie de vaccination a été menée en suivant 3 approches chronologiques et superposées :

1. Dans la première phase, lorsqu'il y avait encore une pénurie de vaccins, les groupes prioritaires ont été suivis, comme convenu au niveau interfédéral. En l'occurrence, la convocation pour la vaccination s'est transformée en une vaccination de masse dans 10 grands centres de vaccination, avec pour mots d'ordre « efficacité et universalité ». En parallèle, une campagne de sensibilisation spécifique a été menée pour les groupes cibles spécifiques et le processus d'invitation a été modifié pour donner aux personnes moins versées dans le numérique la possibilité de prendre rendez-vous dans l'un des centres de vaccination.
2. Dans le même temps, Bruxelles a privilégié une approche alternative, basée sur les besoins socio-économiques des citoyens. La proposition de vaccination s'inscrivait dans l'espace public et se trouvait littéralement « sur le chemin des passants ». De cette manière, le vaccin est devenu accessible mais aussi acceptable ; prendre du temps, écouter, répondre aux questions des Bruxellois et le faire dans leur environnement familier. Il s'agissait de répondre à un besoin immédiat en travaillant sans rendez-vous, en offrant des vaccins aux personnes à l'entrée d'un magasin, d'un axe de circulation, sur place dans des collectivités pour le personnel de santé / écoles / entreprises, etc. Les personnes avaient toujours la possibilité d'obtenir des informations et de poser des questions. Cela a également donné aux sans-papiers la possibilité d'être vaccinés dans un environnement familier. Là aussi, une forte sensibilisation par groupe cible (par exemple, les jeunes, certaines nationalités, les sans-papiers, etc.) a été menée en parallèle.

3. La dernière approche est vraiment adaptée aux citoyens qui vivent quelque peu déconnectés de la société et des médias classiques, et pour qui les soins de santé et le COVID ne sont pas des préoccupations primordiales ; ou qui, en raison de leur origine, ont une attitude négative à l'égard du vaccin. En l'occurrence, on a misé avant tout sur une sensibilisation en profondeur par des personnes de confiance sur la base du principe de « formation du formateur », en essayant toujours de relier le personnel ayant une formation médicale aux personnes ayant une orientation plus sociale. Après cette phase sensibilisation, l'action de vaccination par le biais de bus ou d'autres moyens a été initiée. Cela concernait la vaccination des sans-abris, des travailleurs du sexe, la vaccination dans des mosquées... où la composante « confiance » dépasse la dimension purement médicale. Dans certains cas, pour des publics très précaires, des petits déjeuners ont d'abord été organisés, où les gens pouvaient se retrouver et parler de toutes sortes de sujets, avant de passer aux besoins en termes de santé, puis à l'importance de la vaccination contre le COVID.

Il s'agissait de favoriser l'accessibilité ou les conditions matérielles de la vaccination (par exemple la distance, le temps nécessaire, le coût et les procédures administratives), de favoriser l'acceptabilité (perception du besoin et des risques perçus de la maladie/du vaccin), la confiance dans le vaccin, dans les vaccinateurs et dans le système de santé.

La stratégie de la Région de Bruxelles-Capitale reposait sur la proximité, la diversification et la décentralisation.

Des grands centres de vaccination (au nombre de 10 en mars 2021) aux antennes plus petites, en passant par des bus de vaccination et des points de vaccination dans, par exemple, des écoles, des lieux de culte, des CPAS, des entreprises, des marchés, des hôpitaux, chez des médecins, des infirmières à domicile et dans les pharmacies. Cette diversification n'a été possible que grâce à des partenariats avec les autorités communales, la Croix-Rouge, les organisations faïtières hospitalières, les fédérations de maisons de repos, des fédérations de prestataires de soins à domicile, de cercles de médecins généralistes et de pharmaciens, des associations de prestataires de soins aux personnes précarisées et de nombreuses entreprises locales.

En **Wallonie**, le niveau méso est soutenu par des cercles de médecins généralistes et par des OST (Outbreak Support Teams) polycliniques, mis en place par le Ministre de la Santé et l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité) dans le cadre de la gestion de la crise du Covid. Des médecins généralistes, des infirmières et des services de soutien sont ainsi réunis pour faire face à des situations d'urgence en dehors de l'hôpital.

La Délégation générale Covid-19 de la Région wallonne a été chargée par le Gouvernement wallon d'organiser la vaccination en collaboration avec l'AviQ. Sur le terrain, les opérateurs qui ont remporté le marché public et les cercles locaux de médecins généralistes ont travaillé ensemble dans des centres de vaccination fixes dans les grandes et moyennes villes, dans des antennes de vaccination mobiles dans des zones rurales et sur des campus universitaires. Les hôpitaux ont été impliqués dans la vaccination de leur personnel et des patients à risque, tandis qu'un réseau de 95 pharmacies d'officine a permis la distribution des vaccins aux médecins généralistes. Le taux de vaccination obtenu a contribué à placer la Belgique dans le top 5 des pays européens en termes de couverture des 2^e et 3^e doses (situation à fin janvier 2022).

9.3. QU'AVONS-NOUS APPRIS AU NIVEAU « MICRO » ?

Nous avons observé une volonté manifeste de la part de différents groupes de prestataires de soins de santé de s'engager activement dans la vaccination d'un maximum de personnes, et ce en complément du travail des centres de vaccination. Les médecins généralistes et les infirmières à domicile se sont chargés de la vaccination à domicile des patients alités/grabataires. À Bruxelles, un réseau de pharmaciens a mis à disposition ses officines pour proposer une vaccination facile d'accès immédiatement après la discussion de sensibilisation. Des équipes mobiles composées de médecins, de pharmaciens et d'infirmières se sont rendues auprès de groupes difficiles à atteindre

(outreaching) : sans-abris, résidents de centres d'asile, établissements pour personnes souffrant d'un handicap, gens du voyage... Ce niveau micro a la possibilité de vacciner des personnes en priorité sur base de la relation thérapeutique.

Grâce au lien automatique entre Vaccinnet et le DMG, les médecins généralistes pouvaient suivre le statut vaccinal des patients de leur cabinet et les motiver si nécessaire. Les pharmaciens pouvaient motiver et aider les personnes qui n'étaient pas encore « sur le schéma de vaccination » à se faire vacciner.

9.4. REMARQUES FINALES : NÉCESSITÉ D'INNOVER DANS LE DOMAINE DES DONNÉES, DES MODÈLES DE SOINS ET DES MODÈLES DE FINANCEMENT EN VUE DE SOINS DE SANTÉ DURABLES ET ORIENTÉS VERS L'AVENIR.

Le groupe de travail Organisation de la stratégie de vaccination, créé à l'origine dans le cadre de la vaccination prioritaire, est toujours une plateforme active où la situation et l'évolution de la campagne de vaccination - sous tous ses aspects - sont expliquées, analysées et coordonnées sur une base hebdomadaire. L'implication mutuelle des participants et l'ouverture des discussions renforcent la confiance nécessaire entre les acteurs des soins de santé, les décideurs politiques, les responsables informatiques, les juristes, les responsables de la communication, etc. et contribuent largement au succès de la campagne. Un dialogue ouvert et permanent avec toutes les parties prenantes est une base importante pour, par exemple, améliorer continuellement la qualité des données qui sous-tendent les différentes actions.

Les réflexions suivantes peuvent contribuer à orienter la poursuite des discussions en vue de l'avenir :

- Tout repose sur les données

- La Base de données des codes de vaccination et Vaccinnet sont des outils importants pour la sélection, la planification et le suivi des vaccinations. Ils doivent être intégrés de manière opérationnelle aux bases de données pour le testing, le suivi des contacts, l'isolement et la quarantaine.
- Des outils pour la gestion de population (par exemple le suivi des groupes à risque) et la sélection par le médecin généraliste et le rôle des organismes assureurs ont été développés et ont fonctionné.
- Les méga-bases de données des organismes assureurs et de l'AIM doivent pouvoir être utilisées dans certains contextes tels qu'une pandémie sur la base d'un cadre juridique correct et flexible. La répartition des compétences en matière de santé publique ne doit pas empêcher l'interconnexion des bases de données existantes.

- Un mécanisme de financement intégré innovant constitue une incitation à des soins axés sur la population et à la coopération locale

- Il stimule la coopération multidisciplinaire entre les médecins généralistes locaux, les infirmières, les pharmaciens généralistes et les autres prestataires de soins concernés (par exemple le travail social, les services de santé des communautés pour l'outreaching vis-à-vis des groupes vulnérables). L'objectif est d'offrir des soins de proximité, avec une « double responsabilité ». Cela signifie que les réseaux de première ligne assument la responsabilité des citoyens inscrits dans le réseau et que la zone de première ligne est chargée de veiller à ce que tous les citoyens rejoignent un réseau de première ligne (« leave no one behind »).
- Il stimule l'« acte intellectuel ». Il s'agit de la gestion de population, d'une part, et de l'information et de la sensibilisation dans le cadre de la relation thérapeutique, d'autre part.

- Il stimule l'utilisation efficace des ressources (« les bons soins au bon endroit »), la subsidiarité et le transfert des tâches. L'objectif est de valoriser au maximum la relation thérapeutique de confiance.

- **Promouvoir un engagement fort de la base au sommet**

- Vaccination dans les quartiers (et plus largement « soins préventifs ») organisée par des infirmières, des médecins généralistes et des pharmaciens de référence. Ils travaillent en collaboration avec d'autres prestataires de soins (aide sociale, travail social, etc.) pour une population de quartier. Un modèle durable encourage les accords locaux, par exemple dans le cadre d'un réseau de première ligne.
- Les réseaux de première ligne concluent - dans le contexte de la zone de première ligne (ELZ) en Flandre - des accords locaux adaptés à la population vivant dans le quartier.
- Les ELZ (ou des structures similaires à Bruxelles et en Wallonie), les autorités locales, les organismes assureurs et les organisations de patients ont un rôle important à jouer dans la sensibilisation à l'importance de la prévention. Ils jouent également un rôle en faisant connaître l'offre de soins et en la rendant accessible, par exemple dans le cadre d'un concept de « quartier solidaire ».
- Une attention particulière doit être accordée aux personnes les plus vulnérables et aux groupes cibles difficiles à atteindre. Par exemple, par une offre de vaccination flexible (vaccination de groupe, outreaching des soins, vaccination à domicile, vaccination d'opportunité, etc.)
- Les cercles de médecins généralistes, les cercles et associations de pharmaciens et les groupes d'infirmières ont un rôle important à jouer - en collaboration avec les services sociaux et les autorités locales - pour organiser la vaccination au niveau local dans le cadre des zones de première ligne (Flandre).
- Les cercles sont soutenus par les zones de première ligne et les autorités locales pour les tâches orientées vers la population.

Les organismes assureurs, les associations de patients et les associations de patients individuels ont un rôle important à jouer dans la sensibilisation et la communication.

COLOPHON

Auteurs:	<p>Prof. em. Jan De Maeseneer, MD, Ph.D. Hoofd WHO Collaborating Centre on Family Medicine and Primary Health Care (UGent)</p> <p>Apr. Marie Van de Putte, Ph.D. Bestuurder Vlaams Apothekers Netwerk en Brabants Apothekers Forum, coördinator Zorgzaam Leuven</p> <p>Prof. dr. Tom Goffin Docent gezondheidsrecht (UGent), lid van het Interfacultair Metamedica-Platform (UGent)</p> <p>Gudrun Briat Communicatie Task Force Vaccinatie en Regeringscommissariaat corona</p> <p>Kristien Dierckx Beleidsmedewerker Vlaams Patiëntenplatform</p> <p>Frank Robben Administrateur-generaal eHealth</p> <p>Dr. Leo Geudens Kernlid expertisedomein ICT bij Domus Medica</p> <p>Prof. Dr. Bert Vaes, MD, Ph.D Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (KU Leuven)</p> <p>Dr. Viviane Van Elshocht Adviserend arts, expert beleid en politiek bij Christelijke Mutualiteit, intermutualistische coördinatie, vertegenwoordiger IMA</p>
Nous tenons à remercier, pour leur soutien dans la réalisation de ce rapport :	<p>Gudrun Briat, Catherine Lucet, Anja Roelandts et Ine Verhulst pour le soutien logistique, la traduction et la mise en page</p> <p>Marie Van de Putte pour la coordination du groupe d'écriture</p> <p>Service Presse et relations publiques, développement commercial et innovation de la Mutualité chrétienne</p>

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

Code ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification System
AViQ	Agence pour une Vie de Qualité
CLB	Centrum voor Leerlingen Begeleiding (Centre d'orientation scolaire)
MC	Mutualité chrétienne
COCOM	Commission communautaire commune
e-FORM	Formulaire électronique structuré
EMA	Agence européenne des médicaments
DME	Dossier médical électronique
ELZ	Zone de première ligne (en Flandre)
SPF	Services publics fédéraux
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
DMG	Dossier médical global
MG	Médecin généraliste
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
TIC	Technologies de l'information et de la communication
USI	Unité de soins intensifs
AIM	Agence InterMutualiste
CSI	Comité de sécurité de l'information
La LUSS	Ligue des usagers des services de santé
CIN	Collège intermutualiste national (pol= politique, méd= médical, SS= soins de santé)
ONE	Office National de la Naissance et de l'Enfance

INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
TF	Task Force Vaccination, Task Force Opérationnalisation interfédérale Stratégie de vaccination Covid-19
CV	Centre de vaccination
VCDB	Base de données des codes de vaccination
OA	Organismes assureurs
VPP	Vlaams Patiënten Platform (Plate-forme flamande des patients)
OMS	Organisation mondiale de la santé
WVG	Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Conseil flamand pour l'Aide sociale, la Santé Publique et la Famille)