KCE REPORT 431B
HEALTH SERVICES RESEARCH

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

SYNTHÈSE

ÉVALUATION DE PROCESSUS DU MODÈLE DE SOINS BELGE POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS ATTEINTS DE TROUBLES ALIMENTAIRES : PROTOCOLE DE RECHERCHE



JENS DETOLLENAERE, DORINE LENOIR, BÉNÉDICTE VOS, KOENRAAD D'HOLLANDER, LIEN GOOSSENS, SANDRA VERBEKEN, ROOS LEROY

2026 www.kce.fgov.be

PRÉFACE

Affirmer que les troubles du comportement alimentaire représentent un problème de santé majeur chez les enfants et adolescents revient à enfoncer une porte ouverte. Nous avons tous l'une ou l'autre connaissance qui y a été confrontée, et nous avons tous pu constater voire vivre de près l'impact non négligeable qui en découle pour le patient lui-même, mais aussi pour son entourage. En outre, les troubles du comportement alimentaire peuvent prendre de nombreux visages, avec des différences considérables dans leur présentation, leur niveau de gravité et leur décours au fil du temps.

Parce que les troubles du comportement alimentaire surviennent souvent à un âge vulnérable et peuvent avoir des conséquences graves voire létales, il est évident que les soins de santé doivent y apporter une réponse adéquate. L'offre existante étant perçue comme insuffisante, l'INAMI a élaboré en collaboration avec les groupes professionnels concernés et avec les organismes assureurs un nouveau modèle de soins, qui a pour objectif d'accélérer le processus diagnostique, d'améliorer le traitement et d'investir davantage dans la prévention.

Avant de poursuivre le déploiement de ce nouveau modèle de soins, l'INAMI souhaite le faire évaluer par le KCE. Qu'apporte-t-il aux patients ? Quelle est l'expérience des prestataires de soins ? Quelles perspectives peuvent contribuer à l'améliorer, ou à préparer son déploiement durable ?

Une telle évaluation livre des informations essentielles pour ce modèle de soins spécifique, mais représente aussi un pas important vers la réalisation d'une ambition plus large : apporter un fondement scientifique aux décisions stratégiques. Une évaluation systématique des soins et modèles de soins contribue à un système de santé plus performant, plus efficace et plus respectueux des patients et des prestataires.

Dans ce protocole de recherche, vous aurez l'occasion de découvrir comment le KCE va s'atteler à cette tâche, spécifiquement pour ce nouveau modèle de soins destiné aux enfants et adolescents confrontés à un trouble du comportement alimentaire.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint

Ann VAN DEN BRUEL
Directeur Général

TABLE DES MATIÈRES

■ **SYNTHÈSE** **3**

1 INTRODUCTION **3**

1.1 UN MODÈLE DE SOINS TRANSVERSAL POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS ATTEINTS DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE 3

2 IMPLÉMENTATION DU MODÈLE DE SOINS **3**

2.1 DEUX CONVENTIONS INAMI 3

2.2 LE GROUPE CIBLE DU MODÈLE DE SOINS 6

2.3 LA MISSION DU KCE 6

3 QU'EST-CE QUE LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ? **6**

3.1 DIFFÉRENTES FORMES 6

3.2 LA PRÉVALENCE EN BELGIQUE 7

4 LA STRATÉGIE D'ÉVALUATION **7**

4.1 L'ÉVALUATION DES PROCESSUS, UN CHOIX MOTIVÉ PAR DES LIMITATIONS MÉTHODOLOGIQUES 7

4.2 LE GROUPE CIBLE DE L'ÉVALUATION 8

4.3 LE CADRE D'ÉVALUATION 8

4.4 QUESTIONS DE RECHERCHE 9

4.5 UNE APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE MIXTE 9

4.6 L'ÉVALUATION CONDITIONNÉE À UNE IMPLÉMENTATION ET UN NOMBRE DE PARTICIPANTS SUFFISANTS 10

4.7 LES PROCHAINES ÉTAPES 10

■ **RECOMMANDATIONS** **11**

SYNTHÈSE

1 INTRODUCTION

1.1 Un modèle de soins transversal pour les enfants et adolescents atteints de troubles du comportement alimentaire

En 2022, la Conférence Interministérielle Santé publique a approuvé un **modèle de soins transversal destiné aux enfants et adolescents atteints de troubles du comportement alimentaire**.

Ce modèle repose sur des recommandations du **Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (COMSMEA)**, et a pour objectifs :

- de renforcer la prévention et le bien-être ;
- de dépister et traiter les troubles du comportement alimentaire de façon précoce ;
- de dispenser des soins multidisciplinaires, accessibles et de haute qualité à la mesure du patient ;
- d'améliorer la collaboration entre tous les acteurs impliqués dans les secteurs de la santé et du bien-être.

Atteindre ces objectifs nécessite des soins multidisciplinaires bien coordonnés et adaptés aux besoins spécifiques de chaque jeune patient confronté à un trouble du comportement alimentaire. Tous les acteurs pertinents doivent collaborer au-delà des limites des secteurs et des disciplines afin de garantir la continuité des soins pour différents types de troubles du comportement alimentaire, et pour tous les groupes d'âge.

Le modèle de soins est adapté au contexte belge, mais repose aussi sur des connaissances scientifiques et bonnes pratiques internationales. Il s'inspire notamment du **modèle de soins en paliers (« stepped care ») australien**, qui intègre dans un modèle de soins continu différents niveaux de soins, de la prévention et de l'intervention précoce aux soins spécialisés et résidentiels.

2 IMPLÉMENTATION DU MODÈLE DE SOINS

2.1 Deux conventions INAMI

L'assurance maladie obligatoire (INAMI) prévoit depuis 2023 un budget annuel de **10 millions d'euros** pour l'implémentation du modèle, en complément du financement des initiatives stratégiques existantes.

L'implémentation du modèle est organisée par le biais de **conventions complémentaires entre l'INAMI et les prestataires de soins individuels, les réseaux de santé mentale pour les enfants et les jeunes** (réseaux SMEA, voir Encadré 1) et **les centres suprarégionaux disposant** d'une fonction de référence pour les troubles du comportement alimentaire. Ces conventions courent jusqu'en 2028.

Encadré 1 – Les réseaux SMEA et les centres suprarégionaux disposant d'une fonction de référence pour les troubles du comportement alimentaire

Le terme de **Réseaux de santé mentale pour les enfants et les jeunes (SMEA)** recouvre onze accords de coopération présents dans chaque province belge et dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ils organisent et coordonnent les soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes jusqu'à 24 ans.

Les réseaux SMEA rassemblent des acteurs des soins de santé généraux, des soins de santé mentale et du secteur social dans le but de mieux aligner les soins de santé mentale. Ils organisent notamment les soins de crise, l'accompagnement de longue durée, l'échange de connaissances et le soutien aux jeunes confrontés à des besoins de soins complexes. Ils stimulent aussi l'innovation et œuvrent à une meilleure accessibilité et continuité des soins de santé mentale pour les enfants, les jeunes et leurs familles.

Le 1er avril 2025, l'INAMI a reconnu neuf **centres suprarégionaux avec une fonction de référence pour les troubles du comportement alimentaire** (ci-après : les centres de référence). Ces centres de référence dispensent des soins hautement spécialisés aux enfants et aux jeunes confrontés à des troubles complexes du comportement alimentaire, basent leur travail sur les connaissances scientifiques les plus récentes, font de la recherche et partagent leur expertise avec d'autres prestataires de soins.

Les centres de référence sont des hôpitaux ou des groupes de maximum trois établissements de soins, dont au moins un hôpital psychiatrique, qui collaborent dans le cadre d'un accord de coopération. Ils doivent fonctionner comme un réseau de soins intégré, et veiller au bon alignement des soins ambulatoires, à temps partiel et résidentiels.

Chaque centre de référence dispose d'une équipe multidisciplinaire expérimentée incluant au moins un spécialiste en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, un pédiatre ou interniste, un psychologue, un diététicien, un spécialiste en thérapie familiale et un infirmier psychiatrique.

Les centres de référence proposent un trajet de soins continu, avec un accompagnement ambulatoire, une prise en charge hospitalière et un programme de traitement à temps partiel incluant une thérapie familiale. Ils doivent également assurer l'accès aux soins somatiques, aux interventions de crise et, si nécessaire, à des traitements spécialisés tels que l'alimentation par sonde.

En sus de leur mission clinique, les centres de référence apportent aussi un soutien aux autres prestataires de soins et réseaux impliqués dans la problématique par le biais d'équipes EMAS[a] suprarégionales.

Le modèle de soins est implémenté à l'aide de **six interventions complémentaires** à différents niveaux des soins et dans différents environnements (voir Figure 1) qui, combinées, forment l'ensemble du continuum de soins pour les enfants et les adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire. Elles sont déployées progressivement depuis 2024 :

- un **programme de formation** pour les prestataires de soins[b] ;
- un **trajet de soins ambulatoire multidisciplinaire** ;
- des **équipes multidisciplinaires ambulatoires de soutien** au sein des réseaux SMEA ;

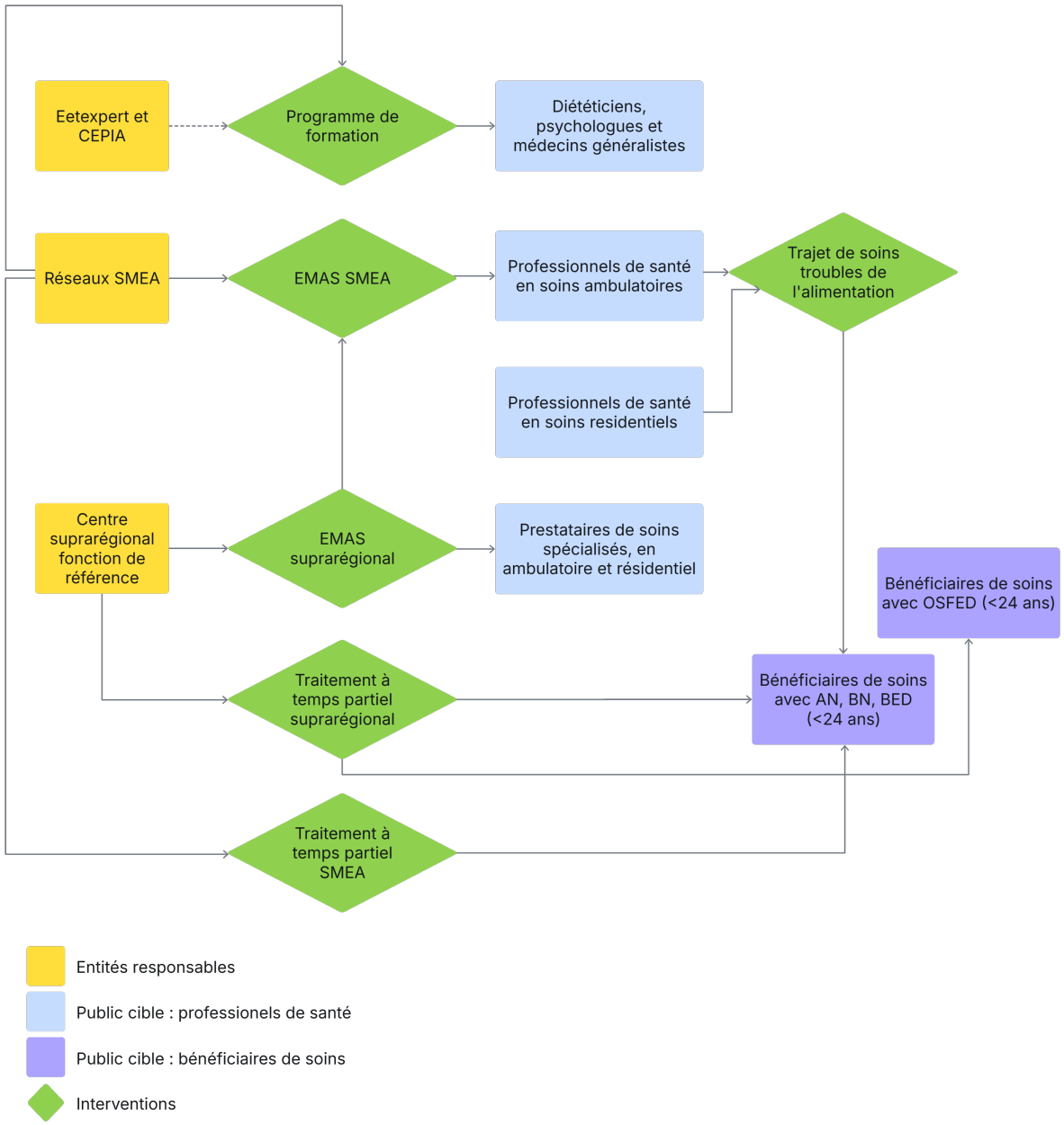
---

[a] Équipes Multidisciplinaires Ambulatoires de Soutien

[b] Cette intervention n'entre pas dans les deux conventions susmentionnées, mais relève de la convention INAMI « Soins psychologiques de 1re ligne via les réseaux de santé mentale ».

- des **programmes de traitement ambulatoire à temps partiel** au sein des réseaux SMEA ;
- des **équipes de soutien multidisciplinaires suprarégionales** au sein des centres de référence ;
- des **programmes de traitement à temps partiel** au sein des centres de référence suprarégionaux.

Figure 1 – Aperçu conceptuel des interventions, des prestataires de soins qualifiés et des groupes cibles du modèle de soins transversal pour les enfants et les jeunes atteints de troubles du comportement alimentaire en Belgique



Eetexpert : centre d'expertise flamand pour les troubles de l'alimentation et les problèmes de poids, CEPIA : Centre d'Expertise Poids, Image et Alimentation, SMEA : soins de santé mentale pour les enfants et adolescents, EMAS : équipe multidisciplinaire ambulatoire de soutien, AN : anorexie nerveuse, BN : boulimie nerveuse, BED : boulimie hyperphagique, OSFED : autre trouble spécifié de l'alimentation ou du comportement alimentaire

Les six interventions du modèle de soins transversal sont décrites en détail (services proposés, groupe cible, acteurs impliqués, objectifs, financement, implémentation dans les différents environnements) au chapitre 3 du rapport scientifique. Celui-ci expose également les éventuelles adaptations attendues ou réalisées, le degré actuel d'adoption et d'implémentation, et les exigences de rapportage pour chaque intervention.

2.2 Le groupe cible du modèle de soins

Le modèle s'adresse en première instance aux **enfants et jeunes non hospitalisés avec un diagnostic d'anorexie nerveuse (AN), de boulimie nerveuse (BN) ou d'hyperphagie boulimique** (*binge eating disorder* ou **BED**), **jusqu'à l'âge de 24 ans**.

Le programme de traitement ambulatoire à temps partiel au sein des centres de référence suprarégionaux s'adresse également aux enfants et adolescents hospitalisés en raison d'un trouble du comportement alimentaire, ainsi qu'aux patients atteints d'un **autre trouble spécifié de l'alimentation ou du comportement alimentaire** (*Other Specified Feeding or Eating Disorder,* OSFED)**.**

2.3 La mission du KCE

L'INAMI a chargé le KCE d'évaluer ce nouveau modèle de soins. Au cours d'une **première phase**, le KCE a développé un protocole pour une évaluation ponctuelle des processus, qui est décrit dans le présent document. L'objectif de l'évaluation est de générer des informations pour éclairer la prise de décision autour du modèle de soins transversal actuel.

Ce protocole n'est pas prévu pour le monitoring du modèle à plus long terme ; néanmoins, certains instruments et structures de rapportage pourraient être utilisés ultérieurement pour soutenir un monitoring futur ou de nouvelles conventions. Si la décision est prise de réaliser des évaluations régulières, le contenu de ce protocole devra être retravaillé dans ce contexte.

Au cours d'une **seconde phase**, le KCE réalisera l'évaluation (de processus) proprement dite de l'implémentation du modèle de soins sur la base de ce protocole. Les résultats sont attendus d'ici fin 2028.

3 QU'EST-CE QUE LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ?

3.1 Différentes formes

Le terme de troubles du comportement alimentaire désigne plusieurs **maladies psychiatriques graves**, caractérisées par une perturbation persistante du comportement alimentaire ou des comportements en rapport avec l'alimentation. Il en découle une consommation alimentaire modifiée, avec à la clé un impact négatif majeur sur la santé physique et le fonctionnement psychosocial, et donc sur pratiquement toutes les facettes de la vie non seulement du patient, mais aussi de son entourage.

On distingue plusieurs types de troubles du comportement alimentaire.

- **L'anorexie nerveuse (AN)** se caractérise par une peur intense de prendre du poids et/ou une image corporelle déformée débouchant sur une restriction alimentaire extrême ou sur d'autres comportements visant à obtenir une perte de poids.
- **Le boulimie nerveuse (BN)** se caractérise par des crises de boulimie (consommation de grandes quantités de nourriture au cours d'un laps de temps limité), suivies de comportements compensatoires tels que des vomissements provoqués ou une activité physique excessive afin d'éviter une prise de poids.

- L'**hyperphagie boulimique** (*binge eating disorder* ou **BED**) est également caractérisée par des crises de boulimie récurrentes, mais les comportements compensatoires sont beaucoup moins fréquents voire complètement absents.
- Enfin, la catégorie des « **autres troubles spécifiés de l'alimentation ou du comportement alimentaire** » (*Other Specified Feeding or Eating Disorder,* **OSFED**) inclut des personnes avec un trouble du comportement alimentaire qui ne répond pas aux critères diagnostiques des troubles du comportement alimentaire décrits dans le DSM-TR-5.[c]

3.2 La prévalence en Belgique

L'**Enquête de santé** belge inclut des données auto-rapportées concernant les troubles du comportement alimentaire. En 2023, 7,8 % de la population rapportait des symptômes qui pourraient correspondre à une anorexie nerveuse (AN) ou une boulimie nerveuse (BN). Les femmes étaient plus nombreuses que leurs homologues masculins à rapporter des symptômes de ce type (9,9 % vs 5,7 %). Elles rapportaient également un peu plus de symptômes d'hyperphagie boulimique (BED) (10,0 %, vs 9,4 % chez les hommes). La prévalence des symptômes auto-rapportés, qu'ils reflètent une AN/BN ou une BED, diminuait avec l'âge.

L'enquête révèle aussi de nettes différences d'une région à l'autre. La Flandre présentait la prévalence la plus élevée de symptômes auto-rapportés de BED, suivie par Bruxelles et la Wallonie. La prévalence des symptômes auto-rapportés d'AN/BN était par contre la plus élevée en Wallonie et la plus faible en Flandre ; à Bruxelles, elle avait reculé de 12,6 % en 2013 à 9,3 % en 2023.

L'**Enquête de consommation alimentaire 2022-2023** a également dressé le tableau des symptômes auto-rapportés de troubles du comportement alimentaire. Parmi les répondants âgés de 10 à 64 ans, 12,2 % déclaraient présenter un trouble du comportement alimentaire. Tout comme dans l'Enquête de santé, la prévalence était plus élevée chez les femmes (15,4 %, vs 9,1 % chez les hommes) ; chez les adolescents, les différences entre garçons et filles étaient toutefois moins marquées. Sur le plan régional, c'est Bruxelles qui affichait la prévalence la plus élevée (17,5 %), suivie par la Wallonie (14,5 %) et enfin la Flandre (11,5 %).

Le niveau de formation semblait également jouer un rôle : les personnes peu qualifiées rapportaient plus souvent un trouble du comportement alimentaire que celles dont le niveau de formation était le plus élevé.

4 LA STRATÉGIE D'ÉVALUATION

4.1 L'évaluation des processus, un choix motivé par des limitations méthodologiques

L'évaluation du modèle de soins est compliquée par différentes limitations méthodologiques. Ainsi, le déploiement progressif des six interventions a débuté en 2024, bien avant la rédaction du protocole d'évaluation du KCE. De ce fait, nous ne disposons pas de données antérieures à l'implémentation, ce qui signifie que nous n'avons ni mesure de référence ni groupe contrôle.

Un autre défi non négligeable réside dans le fait que certaines interventions ont été adaptées entre-temps. Ainsi, les exigences de collaboration multidisciplinaire ont été renforcées dans le cadre du trajet de soins troubles de l'alimentation, et le nombre de séances remboursées pour les soins

---

[c] Le **DSM-5** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) est le manuel international **de diagnostic et de classification des troubles de santé mentale**. La mention TR (*Text Revision*) signale qu'il s'agit d'une version actualisée du DSM-5, mais pas d'une révision complète.

diététiques spécialisés a été sensiblement élargi. Il est donc difficile d'attribuer les effets à une intervention clairement définie.

Par ailleurs, la manière dont les soins sont organisés présente une variabilité considérable entre les différents réseaux et centres de référence suprarégionaux. Les groupes cibles, les critères d'admission, l'intensité du traitement et l'organisation diffèrent tant entre les équipes multidisciplinaires ambulatoires de soutien (EMAS) qu'entre les programmes ambulatoires à temps partiel. Cette hétérogénéité limite la mesure des effets.

De plus, la période de suivi disponible pour évaluer les effets est limitée. Étant donné que l'évaluation scientifique ne pourra débuter que fin 2026 ou début 2027 et que plusieurs sources de données ne seront disponibles qu'avec un certain décalage, la période sur laquelle les effets du modèle de soins pourront être observés est relativement courte. Par ailleurs, il est possible que certaines interventions aient été mises en œuvre depuis trop peu de temps pour avoir déjà produit des effets mesurables. Ces éléments rendent difficile une évaluation fiable des effets.

Pour certaines interventions comme les programmes de traitement ambulatoire à temps partiel, l'implémentation est encore en phase de lancement ou de développement. L'influx limité de participants débouche sur des populations d'étude restreintes, ce qui risque de compromettre la robustesse des analyses et la représentativité des résultats.

L'admission de patients atteints d'OSFED dans le programme de traitement à temps partiel au sein des centres de référence suprarégionaux accroît encore la variabilité entre groupes de patients. De ce fait, il est possible que les différences de résultats découlent de différences entre les populations étudiées plutôt que de la qualité ou de l'efficacité des soins.

Pour toutes ces raisons, il n'est actuellement pas possible de réaliser une évaluation fiable de l'efficacité du modèle de soins. Le KCE a donc choisi de réaliser une évaluation de processus, en mettant l'accent sur l'implémentation du modèle de soins. Cette évaluation dressera le tableau des problèmes, des pratiques couronnées de succès, mais aussi des facteurs qui favorisent ou entravent l'implémentation. Nous explorerons également les possibilités d'amélioration, et nous examinerons comment offrir au modèle de soins un ancrage durable.

L'évaluation ne se prononcera pas sur l'efficacité des interventions, mais elle peut néanmoins apporter aux décideurs, aux organisations de soins et aux prestataires des informations précieuses concernant l'implémentation et l'organisation du modèle de soins. Ses résultats peuvent orienter l'optimisation, les ajustements et le développement stratégique futurs, et contribuer ainsi à une amélioration qualitative et durable des soins aux enfants et aux jeunes confrontés à un trouble du comportement alimentaire.

Vous trouverez plus de détails concernant les limitations méthodologiques et pratiques pour chacune des interventions et le choix d'une évaluation des processus au chapitre 3 du rapport scientifique.

4.2 Le groupe cible de l'évaluation

L'évaluation du KCE se concentrera sur les **adolescents et jeunes adultes âgés de 10 à 24 ans**. Le KCE a opté pour un groupe d'âge plus restreint, parce qu'il ressort des données d'implémentation provisoires du modèle de soins que la majorité des participants appartiennent à ce groupe.

4.3 Le cadre d'évaluation

Les évaluations de processus constituent un volet essentiel de l'évaluation d'interventions complexes. Le modèle de soins transversal pour les enfants et les adolescents présentant un trouble du comportement alimentaire peut également être considéré comme une intervention complexe, dans la mesure où il se compose de six interventions complémentaires et interdépendantes, mises en œuvre dans différents contextes de soins et à différents niveaux de prise en charge.

Pour cette évaluation de processus, le KCE utilisera le cadre international reconnu du Medical Research Council britannique pour l'évaluation des interventions complexes. Ce cadre distingue trois grands domaines d'évaluation :

- **L'implémentation :** quels services sont effectivement proposés, et comment sont-ils dispensés ? Pour la structure de ce volet, le KCE se basera sur le cadre RE-AIM, qui recouvre l'évaluation systématique de cinq dimensions-clés : portée, efficacité perçue, adoption, implémentation et durabilité (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance*). Des mesures/résultats et indicateurs ont été fixés pour chaque dimension (voir section 4.3 du rapport scientifique).
- **Le contexte :** quels sont, sur les plans stratégique, organisationnel, professionnel et au niveau du patient, les facteurs contextuels qui expliquent la variabilité dans l'implémentation et le fonctionnement du modèle de soins ? Nous dresserons le tableau des obstacles et facilitateurs afin de mieux comprendre les différences d'implémentation et de formuler des recommandations en vue de l'optimisation ultérieure et de la pérennisation du modèle de soins.
- **Les mécanismes de changement :** quels mécanismes contribuent au fonctionnement du modèle de soins, et comment sont-ils influencés par le contexte ? L'accent est mis ici sur des facteurs tels que la collaboration multidisciplinaire, l'expertise des prestataires de soins, l'accessibilité des soins, les soins centrés sur le patient et sur la famille, l'implication de la famille et le soutien professionnel.

4.4 Questions de recherche

L'évaluation des processus doit répondre à la question de recherche générale suivante : **comment et dans quelle mesure les interventions qui s'inscrivent dans le modèle de soins transversal sont-elles implémentées, et quels sont les facteurs qui influencent l'implémentation, le fonctionnement, l'efficacité perçue et la durabilité du modèle ?**

Cette question centrale a été subdivisée en plusieurs questions de recherche plus spécifiques concernant l'implémentation, les mécanismes de changement et le contexte, que vous trouverez à l'encadré 7 du rapport scientifique.

4.5 Une approche méthodologique mixte

Pour répondre à la question de recherche, le KCE utilisera une **combinaison de méthodes**, conformément aux recommandations du *Medical Research Council*. La combinaison de données quantitatives et qualitatives permettra de dresser un tableau le plus complet possible de l'implémentation du modèle de soins transversal.

Les **données quantitatives** seront collectées par le biais des rapports d'activité annuels obligatoires des réseaux SMEA et des centres de référence suprarégionaux, de bases de données administratives (e.a. celles de l'Agence Intermutualiste, de la Cellule Technique (TCT) et du Résumé Psychiatrique Minimum), et de questionnaires complétés par les adolescents et jeunes adultes, leurs parents et leurs prestataires de soins.

Les **données qualitatives** seront collectées par le biais de groupes de discussion avec des représentants des réseaux SMEA, des centres de référence suprarégionaux avec fonction de référence pour les troubles du comportement alimentaire et des établissements qui proposent également un programme de traitement à temps partiel. Des entretiens individuels seront également réalisés avec les adolescents et jeunes adultes confrontés à un trouble du comportement alimentaire et avec leurs parents.

Vous trouverez aux sections 5.2 et 5.3 du rapport scientifique de plus amples informations sur la collecte et l'analyse des données quantitatives et qualitatives.

4.6 L'évaluation conditionnée à une implémentation et un nombre de participants suffisants

Pour garantir la qualité et la pertinence de l'évaluation, le KCE a en outre fixé des **critères de faisabilité** préalables pour certains volets de l'étude. Ceci signifie que certaines activités d'évaluation ne seront réalisées que si une intervention est suffisamment implémentée et totalise un nombre suffisant de participants. Nous éviterons ainsi que des conclusions soient tirées sur la base de données insuffisantes, non représentatives ou méthodologiquement bancales.

Concrètement, les questionnaires destinés aux adolescents/jeunes adultes et à leurs parents, les entretiens individuels avec ces groupes cibles et les groupes de discussion avec les institutions qui proposent un programme de traitement à temps partiel ne seront appliqués que si ces programmes sont implémentés dans au moins 5 réseaux SMEA/centres de référence suprarégionaux, avec au moins 20 patients inclus.

Si ces conditions ne sont pas remplies, ces activités d'évaluation ne seront pas réalisées. À la place, les chercheurs s'arrêteront plus en détail sur les raisons de l'implémentation limitée au cours des groupes de discussion avec les réseaux SMEA et les centres de référence suprarégionaux avec fonction de référence pour les troubles du comportement alimentaire.

4.7 Les prochaines étapes

Après approbation du comité d'éthique, le KCE débutera l'implémentation du protocole. La publication des résultats est prévue pour fin 2028.

RECOMMANDATIONS[d]

L'évaluation proposée dans ce protocole est limitée à une évaluation de processus pour des raisons méthodologiques, mais une évaluation plus poussée du modèle de soins transversal pour les enfants et adolescents atteints de troubles du comportement alimentaire aurait été souhaitable. Les défis qui ont émergé au cours de ce projet sont toutefois riches d'enseignements pour les initiatives stratégiques futures dans les soins de santé. Pour cette raison, nous formulons ici des recommandations portant d'une part sur la poursuite de l'implémentation et de l'évaluation du modèle de soins transversal qui fait l'objet de cette étude, d'autre part sur la conception et l'évaluation d'initiatives stratégiques futures.

RECOMMANDATIONS POUR L'ÉVALUATION DE PROCESSUS DU MODÈLE DE SOINS TRANSVERSAL POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS ATTEINTS DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

À l'INAMI, aux réseaux SMEA, aux centres suprarégionaux avec fonction de référence pour les troubles du comportement alimentaire et à la Conférence Interministérielle Santé publique :

1. Stimuler une implémentation cohérente des interventions du modèle de soins transversal, par-delà les limites des réseaux et des organisations de soins.

   Dans ce cadre, développer des critères minimaux explicites pour l'exécution, l'enregistrement et le rapportage des différentes interventions, et assurer un suivi systématique du respect de ces critères.

À l'INAMI et au SPF Santé publique:

2. Développer un système d'enregistrement uniforme où les réseaux SMEA et les autres partenaires impliqués enregistrent toutes les personnes ayant suivi des formations dans le domaine des troubles du comportement alimentaire. Examiner dans quelle mesure cet enregistrement peut être intégré aux bases de données ou systèmes d'enregistrement existants (comme le portfolio électronique au sein de ProSanté ou d'autres plateformes pertinentes). Ceci permettrait d'éviter les doubles enregistrements, et de dresser un aperçu durable du nombre de prestataires formés et de leurs profils. Prévoir également la possibilité, moyennant leur accord, de contacter les prestataires de soins participants à une date ultérieure en vue d'une étude d'évaluation et de suivi.

RECOMMANDATIONS POUR L'ÉLABORATION ET L'ÉVALUATION D'INITIATIVES STRATÉGIQUES FUTURES

Au ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique, au SPF Santé publique et à l'INAMI :

3. Préparer l'évaluation scientifique dès la phase de conception des nouvelles initiatives stratégiques.

   Lors de l'élaboration de nouvelles initiatives stratégiques, veiller à prévoir d'emblée suffisamment de temps, de moyens et d'expertise méthodologique pour une évaluation scientifique de qualité, en étant attentif non seulement à la conception de l'intervention proprement dite, mais aussi aux conditions connexes nécessaires à une bonne analyse des

[d] Le KCE reste seul responsable des recommandations.

effets et des processus et, le cas échéant, à une analyse économique et à une analyse des coûts. Pour des recommandations plus poussées concernant l'évaluation des initiatives stratégiques, nous nous référons à la note de processus du KCE « Méthodes de recherche pour l'évaluation des initiatives de politique dans l'organisation et le financement des soins de santé ».

4. Impliquer l'acteur qui réalisera l'évaluation scientifique à un stade précoce, tout en préservant son rôle d'évaluateur indépendant.

   L'évaluation a plus de chances d'être couronnée de succès si l'acteur qui la réalise est impliqué à un stade précoce, afin de pouvoir formuler des conseils méthodologiques concernant les conditions d'une évaluation fiable et scientifiquement valide. Dans le même temps, il est important que le partenaire scientifique conserve son rôle d'évaluateur indépendant, et ne soit donc pas impliqué dans l'élaboration du contenu de l'initiative stratégique.

5. Harmoniser les rapportages périodiques et améliorer la qualité des données d'enregistrement.

   Développer des modèles de rapportage standardisés accompagnés de définitions claires, de règles d'enregistrement et d'indicateurs obligatoires. Stimuler un enregistrement correct, complet et uniforme de toutes les données de soins pertinentes, avec une attention particulière aux codes de pseudo-nomenclature lorsque ceux-ci s'appliquent. Un rapportage uniforme et un enregistrement qualitatif des données accroissent la comparabilité entre régions, réseaux et organisations. En outre, ils posent des bases solides pour le suivi, l'évaluation et l'élaboration de conclusions fiables.

COLOPHON

Titre :	Évaluation de processus du modèle de soins belge pour les enfants et adolescents atteints de troubles alimentaires : protocole de recherche – Synthèse
Auteurs :	Jens Detollenaere (KCE), Dorine Lenoir (KCE), Bénédicte Vos (KCE), Koenraad D'Hollander (KCE), Lien Goossens (UGent), Sandra Verbeken (UGent), Roos Leroy (KCE)
Redaction synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Emily Van Coolput (KCE)
Experts externes et parties prenantes :	Roxane Aglave (Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française (UPDLF)), Nele Arbyn (UZ Gent), Fabian Avarello (Cliniques universitaires Saint-Luc), Nele Baeck (Belgian Academy of Paediatrics (BAoP)), Katrijn Ballet (Vereniging Anorexia Nervosa-Boulimia Nervosa (ANBN)), Emilie Bauvet (RHESEAU), Lindsay Bechoux (MATILDA), Tara Berenbaum (CH Le Domaine), Nikka Brion (Ziekenhuis aan de Stroom (ZAS)), Lisa Cornelis (UZ Brussel), Pieter Cuypers (Ligant), Marina Danckaerts (Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (VVK)), Kim De Corte (UZ Gent), Elisabeth De Mey (AZ Sint-Lucas, Brugge), Inge Debruyckere (UZ Gent), Charline Denys (Universitair Psychiatrisch Centrum (UPC) KU Leuven), Lies Depestele (Eetexpert), Judith Dereau (Hôpital Erasme)), Els Dezeure (Vrij Centrum voor Leerlingenbegeleiding Netwerk (CLB)), Françoise Dominé (R.E.A.L.I.S.M), Justine Dubreucq (CH Le Domaine), François Dupont (UNion En Soins de Santé (UNESSA)), Sonia Fuchs (Clinique CHC MontLégia), Celine Gajewski (Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones (UPPCF)), Kris Gillis (Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten (VBVD)), Marie Goffard (Archipel), Lien Goossens (UGent), Rozemarijn Jeannin (Eetexpert), Abdallah Kanfaoui (Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM)), Koen Lowet (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)), Delphine Mathieu (SANTHEA), Lotte Meert (RADAR), Lore Mennes (RADAR), Thierry Mouraux (KIRIKOU), Annelies Raes (WINGG), Heidi Reynders (Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen (LNZ)), Ruud Saerens (Landsbond der Onafhankelijke Ziekenfondsen (LOZ)), Yves Simon (CEPIA), Robin Susswein (Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale (LBSM)), Marleen Van Eygen (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – Institut national d'assurance maladie-invalidité (RIZIV – INAMI)), Edward Van Rossen (Gezondheidsinstellingen Brussel – Bruxelles Institutions de Santé (GIBBIS)), Andries Van Schuerbeek (RIZIV – INAMI), An Vandeputte (Eetexpert), Anouk Vanlander (Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ)), Sandra Verbeken (UGent)
Validateurs externes :	Sibyl Anthierens (Universiteit Antwerpen), Mieke Deschodt (KU Leuven), Eric Van Furth (GGZ Rivierduinen & Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Pays-Bas)
Remerciements :	Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à cette étude : Cécile Camberlin (KCE), Jo Holsbeek (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu – SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire, Environnement (FOD VVVL – SPF SPSCAE)), Lisa Marynen (KCE), Mattias Neyt (KCE), Stephan Devriese (KCE), Marleen Van Eygen (RIZIV – INAMI), Andries Van Schuerbeek (RIZIV – INAMI), Marieke Vanneste (KCE), Ine Verhulst (KCE), Leen Verleye (KCE), Renate Zeevaert (KCE).
Intérêts déclarés KCE :	Le KCE est une institution fédérale financée par l'INAMI, par le Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et par le Service public fédéral Sécurité sociale. La mission du KCE est de conseiller les décideurs politiques sur les décisions relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie sur la base de recherches scientifiques et objectives. Il

	doit identifier et mettre en lumière les meilleures solutions possibles, dans le cadre d'un système de soins de santé accessible et de qualité, en tenant compte de la demande croissante et des contraintes budgétaires. Le KCE n'a aucun intérêt dans les entreprises (commerciales ou non commerciales, c'est-à-dire les hôpitaux et les universités), les associations (par exemple les associations professionnelles, les syndicats), les individus ou les organisations (par exemple les groupes de pression) qui pourraient être affectés positivement ou négativement (financièrement ou de toute autre manière) par la mise en œuvre des recommandations. Tous les experts ayant participé à la rédaction du rapport ou au processus d'examen par les pairs ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Les informations relatives aux conflits d'intérêts potentiels sont publiées dans le colophon du présent rapport. Tous les membres de l'équipe d'experts du KCE remplissent des déclarations d'intérêts annuelles et de plus amples détails à ce sujet sont disponibles sur demande.
Intérêts déclarés externes :	Tous les experts et parties prenantes consultés dans le cadre de ce protocole ont été sélectionnés en raison de leur implication dans la thématique étudiée. A ce titre, il est possible, par définition, que chacun d'entre eux ait un intérêt pour le thème principal de ce protocole. Un aperçu des déclarations d'intérêts est disponible dans le Supplément 1 du protocole.
Layout :	Ine Verhulst
Disclaimer :	• **Plusieurs experts externes (cf. supra) ont été consultés au sujet d'une version (préliminaire) du protocole. Ils ont été sélectionnés en fonction de leur expertise dans le domaine ; les conflits d'intérêts potentiels ont été pris en compte dans ce processus. Leurs commentaires ont été discutés lors de réunions et/ou par courrier électronique. Ils ne sont pas coauteurs du protocole et ne sont pas nécessairement d'accord avec son contenu.** • **Ensuite, l'équipe de recherche du KCE a invité trois experts indépendants (« validateurs », cf. supra), n'ayant pas été précédemment impliqués dans l'étude, à procéder à une évaluation (« peer review ») de la version finale du protocole scientifique. Ils ont été sélectionnés en fonction de leur expertise dans le domaine du protocole ; les conflits d'intérêts potentiels ont été pris en compte dans ce processus. Les validateurs se sont prononcés sur la validité scientifique du protocole scientifique. Ils n'ont pas participé à la rédaction du protocole et n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu. Leurs noms et affiliations sont mentionnés dans le colophon.** • **Enfin, ce protocole a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.** • **Le KCE est seul responsable de toute erreur ou omission qui pourrait subsister, ainsi que des recommandations politiques.**
Date de publication :	12 novembre 2026
Numéro de projet :	2025-41
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Feeding and Eating Disorders; Child; Adolescent; Delivery of Health Care, Integrated; Program Evaluation
NLM Classification:	WM 175
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal : D/2026/10.273/75

ISSN : 2466-6440

AI Disclaimer: Ce travail a été principalement réalisé par des personnes. L'intelligence artificielle (IA) a été utilisée pour apporter des modifications stylistiques, notamment en matière de structure, de formulation et de clarté. Les contributions de l'IA ont été sollicitées au moyen de prompts ou réalisées avec l'aide d'un outil d'IA. Le contenu généré ou modifié par l'IA a été relu et approuvé. Le modèle ou l'application utilisé est : Microsoft Copilot.

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce.

Comment citer ce rapport ? Detollenaere J, Lenoir D, Vos B, D'Hollander K, Goossens L, Verbeken S, Leroy R. Titre – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2026. KCE Reports 431Bs. https://doi.org/10.57598/R431BS.

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