

# TERRITORIALISATION ET SYSTÈME SOCIAL SANTÉ INTÉGRÉ

## OPTIONS POUR LE FUTUR EN WALLONIE

Anne-Sophie Lambert<sup>1,2</sup> • Beatrice Scholtes<sup>1,3</sup>  
Denis Herbaux<sup>1,2,4</sup> • Jean Macq<sup>1,2</sup>



1. Plateforme pour l'Amélioration de la Qualité des Services de santé
2. Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), UCLouvain,
3. Unité de Recherche de Soins Primaire et Santé, Département de Médecine Générale, Université de Liège
4. Institute for Interdisciplinary Innovation in healthcare, Université Libre de Bruxelles

## Qui sommes-nous ?

C'est en 2019 que notre équipe a débuté son activité. À l'époque, la PAQS avait entamé des discussions avec les autorités bruxelloises pour l'utilisation d'un référentiel portant sur les systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes. Le professeur Jean Macq et son équipe de l'UCLouvain (Institut de recherche santé et société) ont manifesté un intérêt à s'associer au projet. Si celui-ci n'a finalement pas eu lieu, la collaboration était née. Elle s'est par la suite étendue à l'Université de Liège, au travers de DMG (Département de Médecine Générale), et à l'Université Libre de Bruxelles via i3h (Institute for Interdisciplinary Innovation in healthcare).

Notre équipe a mené, au cours des quatre dernières années, différents projets liés à l'intégration des systèmes de santé : Consultation des parties prenantes bruxelloises et wallonnes concernant les priorités à travailler en vue de transformer nos systèmes de santé, Réalisation avec un partenaire privé d'une étude sur les soins intégrés à la demande du KCE, Soutien à Brusano dans le cadre de la révision de ses missions, Soutien à la démarche Proxisanté.

Notre équipe se veut réellement « scientifique et opérationnelle », grâce à l'addition de nos expertises respectives, mais également via la mobilisation d'un large réseau de partenaires. Nous nous basons sur les connaissances scientifiques et les meilleures pratiques pour comprendre et analyser le fonctionnement d'un système donné, traduire les approches théoriques en outils concrets adaptés aux réalités de terrain, et coconstruire avec les parties prenantes les actions à mettre en œuvre.

## Présentation de ce document, ses objectifs et résumé de son contenu

Comme dans de nombreux pays, le système de santé belge (et plus spécifiquement, dans ce document, le système de santé wallon) est au cœur de transformations importantes vers un système plus intégré. En effet, au niveau fédéral des réflexions sont en cours depuis de nombreuses années (Lambert et al., 2022) et un accord a été conclu en octobre 2023 - le plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés (nommé PIF-ASI dans la suite du document) (Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés, 2023). En Wallonie, la déclaration de politique régionale pour la Wallonie 2024-2029 mentionne la volonté de renforcer « au départ d'objectifs de santé le dispositif de coordination et de concertation entre acteurs de l'accompagnement et des soins de première ligne au niveau local, locorégional et régional ». Le nouveau gouvernement met aussi au cœur de ses priorités la prévention de maladies, la promotion de la santé (y inclut l'inclusion de la santé dans toutes les politiques) et un accès à la première ligne de soins. La mise en œuvre de ces priorités est dans la droite ligne de la vision mise en place par l'OMS à propos des soins de santé primaires (WHO Regional Office For Europe, 2022). Par ailleurs, elle devrait pouvoir s'appuyer sur le processus participatif de grande ampleur lancé en 2022 qui a débouché sur l'écriture du décret relatif à l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins (nommé 'le décret' dans la suite du document) approuvé en mars 2024 (Décret relatif à l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins, 2024).

La nouvelle dynamique résultant de la nouvelle législature est donc une opportunité de construire sur le passé en prenant du recul sur les processus en cours, et en adoptant une posture scientifique. Cette prise de recul, détaillée dans ce document, souhaite répondre à un double objectif : (1) réaliser une analyse factuelle qui décrit le système tel qu'il a été conceptualisé dans le décret et dans le PIF-ASI, et (2) proposer une feuille de route avec différents scénarios pour la mise en œuvre du décret.

Une approche commune, pour mettre au centre les soins de santé primaire et les articuler avec les autres acteurs de soins de santé et social, est la territorialisation. Premièrement, elle doit permettre de mieux combiner une approche d'accompagnement de la personne en fonction de sa réalité de vie et de son environnement social (sa « communauté»). Le territoire devrait alors permettre de mieux articuler les équipes prestataires de soins primaires et les citoyens. Deuxièmement, elle favorise la collaboration interorganisationnelle et intersectorielle, car des représentants des structures de soins primaires sont mieux à même de se concerter avec les structures qui devraient fonctionner « en appui » (hôpitaux, réseaux spécialisés tels que les réseaux 107, etc.).

La territorialisation n'est donc pas pensée dans une logique administrative, mais dans une logique fonctionnelle devant mettre les objectifs de vie des citoyens, les bassins de vie et les structures de soins primaires au cœur du système. Les acteurs social santé actifs sur le territoire deviennent collectivement responsable de la population vivant sur le territoire. Cette responsabilité collective invite à s'intéresser à l'ensemble de la population vivant sur le territoire tout en faisant varier l'intensité des moyens en fonction des besoins rencontrés (universalisme proportionné).

La territorialisation fonctionne comme une poupée russe, où trois niveaux s'emboîtent de manière cohérente pour renforcer le système (World Health Organization, 2008).

Ces niveaux correspondent généralement à différentes tailles de territoires qui s'emboîtent. Leur taille dépend du contexte et de choix politiques. Deux niveaux clés sont ainsi présentés.

Premièrement, le niveau bassin de vie (ou communautaire) est au cœur du système social santé. C'est le niveau où s'articulent les soins primaires avec les acteurs locaux (social, éducation, etc.) jouant un rôle sur les déterminants globaux de la santé. Ce niveau couvre entre 10.000 et quelque dizaines de milliers de personnes.

Deuxièmement, le niveau méso s'organise sur un territoire locorégional. En partant d'une logique de soins primaires, ce niveau a la responsabilité d'articuler de manière harmonieuse des programmes répondant à des besoins spécifiques et cela en connectant les structures de soins primaires avec d'autres services (hôpital, réseaux spécialisés, etc). Le niveau méso a donc la responsabilité de coordonner les interdépendances entre les différents services (Contandriopoulos et al., 2001).

Troisièmement, le niveau macro s'organise à l'échelle d'une région voire d'un pays. Il a la responsabilité de construire un cadre cohérent qui soutient le niveau bassin de vie et le niveau méso.

Le décret inclut ces trois niveaux. Sa mise en application est, donc, un enjeu pour les années à venir. Pour aider les décideurs à orienter leurs actions, nous avons réalisé une analyse de flux (entre les différentes composantes prévues dans le décret) et proposons une théorie de changement avec plusieurs scénarios.

L'analyse de flux a permis d'identifier dix points d'attention, essentiels pour comprendre ou adapter l'architecture de la réorganisation de la première ligne d'accompagnement et de soins wallonne :

- Les niveaux plus centraux (macro, méso) devraient être au service des niveaux plus décentralisés (bassins de vie)
- La double casquette de l'administration (AVIQ) de contrôle et d'accompagnement nécessite d'être prise en compte
- Le lien avec le fédéral se fait uniquement à travers l'AVIQ et le cabinet
- L'organisation loco-régionale de santé (OLS) (territoire loco-régional, méso) est l'élément pivot entre les bassins de vie et le niveau macro
- Un lien privilégié entre OLS et l'institut wallon de la première ligne (IWPL) est vital pour un développement progressif du niveau méso
- Des structures aux flux inexistantes doivent avoir leur rôle clarifié (ex : plateforme de soins spécialisés (PSS), point d'appui scientifique)
- Il est nécessaire d'adresser le « doublon » de structures en termes de ressources humaines et proche en termes de missions (Comité de branche santé (CBS) et forum)
- Le niveau macro reste fragmenté
- Il est nécessaire de préciser la temporalité dans les flux
- Il y a un manque de précision concernant les autres structures méso existantes

La théorie de changement, aboutit à une proposition d'étapes clés balisant une feuille de route et différents scénarios pour la mise en œuvre du décret. Ces étapes sont présentées de manière chronologique, mais il est bien entendu qu'elles pourraient se superposer.

- La première étape consisterait en la création formelle des OLS en rassemblant les compétences et les ressources autour de la dynamisation des réseaux locaux (bassins de vie).
- La deuxième étape serait de lancer la dynamique dans chaque territoire à partir des OLS (que les OLS deviennent des structures opérationnelles).
- La troisième étape doit permettre de construire une vision et des objectifs communs aux acteurs d'une OLS en vue d'un système efficace et résilient.
- La quatrième étape permettrait de rendre les OLS fonctionnelles en travaillant sur des projets concrets.
- La cinquième étape devrait renforcer une dynamique apprenante. D'abord, une planification serait proposée pour développer le management populationnel. Une fois la planification réalisée, une phase d'expérimentation - développement/ renforcement des collaborations sur le territoire serait lancée. Ensuite, viendrait un moment d'évaluation et de feedback. Finalement, un moment d'ajustement de la planification serait réalisé, en définissant le cycle d'apprentissage suivant.
- La sixième étape consisterait à structurer une gouvernance, pour qu'elle soit capable de prendre des décisions qui soutiennent la dynamique apprenante.

- La septième étape permettrait de s'appuyer sur une équipe opérationnelle pour développer une dynamique apprenante.
- La huitième étape consisterait à renforcer les compétences nécessaires à la dynamique apprenante, au travers d'un accompagnement limité dans le temps ou d'un accompagnement continu
- La neuvième étape permet de développer une culture de changement et de soutien nécessaire, notamment en proposant un cadre de "gestion du rendement", un cadre de "gouvernance pour des renseignements et des données interoperables" et un cadre de "financement"

A chacune de ces étapes, deux scénarios polarisés (top-down versus bottom-up, vertical versus horizontal, linéaire versus systémique, etc.) sont proposés. Ces scénarios mis bout à bout permettent de dessiner deux trajectoires de changement ayant une philosophie fondamentalement différente. Elles comportent chacune des risques. Rigidité, cloisonnement, fragmentation, pilotage linéaire pour la trajectoire dessinée à partir des premiers scénarios. Souplesse, inégalité entre territoires, lenteur pour la trajectoire dessinée à partir des deuxièmes scénarios. Nous postulons que la trajectoire à dessiner pour la Wallonie doit s'inspirer de ces deux trajectoires pour en extraire les forces respectives et contourner les risques qu'elles peuvent chacune entraîner.

Ainsi, un grand nombre de choix doivent être posés par le nouveau gouvernement pour concrétiser la mise en œuvre de la territorialisation en Wallonie. Ces choix peuvent être guidés par la feuille de route. Elle reste cependant théorique. Il nous semble essentiel que ces scénarios soient explorés et discutés avec les différentes parties prenantes afin de construire ensemble la suite.

Finalement, la Wallonie, n'étant pas précurseur en la matière, aura l'avantage de pouvoir s'inspirer et apprendre des expériences conduites dans d'autres régions et pays. En intégrant les leçons apprises par d'autres, et en coconstruisant le changement avec les différentes parties prenantes, le processus wallon devrait, donc, être facilité.

# SOMMAIRE

Qui sommes-nous ?	2
Présentation de ce document, ses objectifs et résumé de son contenu	2
Sommaire	5
<b>Acronyms</b>	<b>7</b>
La territorialisation pour des systèmes de santé intégrés	7
<b>Cadrage théorique</b>	<b>7</b>
Territoire local, bassin de vie : la communauté avec ses individus et leur réseau d'entraide et de support	10
Territoire locorégional : coordination des interdépendances	11
Territoire régional et fédéral : appui technique et législatif	11
<b>Un mouvement international</b>	<b>12</b>
Méthodologie	13
<b>Analyse des flux</b>	<b>13</b>
<b>Construction d'une théorie de changement</b>	<b>14</b>
Résultats	15
<b>Analyse factuelle de la future organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins wallonne</b>	<b>15</b>
1. Les niveaux supérieurs sont au service des niveaux inférieurs	19
2. La double casquette de l'administration (AVIQ) de contrôle et d'accompagnement	19
3. Le lien avec le fédéral qui se fait uniquement à travers l'AVIQ et le cabinet	19
4. L'OLS comme élément pivot entre les bassins de vie et le niveau macro	19
5. Un lien privilégié entre OLS et IWPL	19
6. Des structures aux flux inexistants (ex : plateforme de soins spécialisés, point d'appui scientifique)	20
7. Des structures "doublon" en termes de ressources humaines et proche en termes de missions (CBS et forum)	20
8. Un niveau macro qui reste fragmenté	20
9. Une temporalité dans les flux qui demandent à être précisée	20
10. Le manque de précision concernant les autres structures méso existantes	20

<b>Scénarios pour la mise en œuvre du décret : proposition d'étapes clés d'une feuille de route</b> .....	<b>21</b>
<b>ETAPE 1</b> : Création des OLS en rassemblant les compétences et les ressources autour de la dynamisation des réseaux locaux (bassins de vie) .....	23
<b>ETAPE 2</b> : Lancer la dynamique dans chaque territoire à partir des OLS .....	23
<b>ETAPE 3</b> : Construire une vision et des objectifs communs aux acteurs d'une OLS en vue d'un système efficace et résilient .....	24
<b>ETAPE 4</b> : Rendre les OLS fonctionnelles en travaillant sur des projets concrets .....	25
<b>ETAPE 5</b> : Renforcer une dynamique apprenante .....	26
Etape 5.1 : Planification - le développement du management populationnel .....	26
Etape 5.2 : Expérimentation - développement/ renforcement des collaborations sur le territoire .....	27
Etape 5.3 : Evaluation - feedback .....	27
<b>ETAPE 6</b> : Structurer une gouvernance capable de prendre des décisions qui soutiennent la dynamique apprenante .....	28
<b>ETAPE 7</b> : S'appuyer sur une équipe opérationnelle pour développer une dynamique apprenante .....	30
<b>ETAPE 8</b> : Renforcer les compétences nécessaires à la dynamique apprenante .....	30
Cadre de gestion du rendement .....	31
Cadre de gouvernance pour des renseignements et des données interopérables .....	32
Cadre de financement .....	33
Conclusion .....	34
Bibliographie .....	35
Annexes .....	36

## Acronyms

ADS : Autorité des données de (soins) de santé

AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité

CBS : Comité de branche bien-être et santé

CIM : Conférence Interministérielle

CLPS : Centre Local de Promotion de la Santé

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CWASS : Code Wallon de l'Action Sociale et de la Santé

Décret : Décret relatif à l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins

GTI : Groupe de Travail interministériel

IMA : l'Agence InterMutualiste

IWPL : Institut Wallon de la Première Ligne

OHT : Ontario Health Teams

OLS : Organisations Locorégionales de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OST : Outbreak Support Team

PDSA : Plan Do Study Act

PIF-ASI : Plan Interfédéral de l'Aide et des Soins Intégrés

PRW : Plan de Relance Wallon

PSS : Plateforme de Soins Spécialisés

RLISS : Réseaux Locaux d'Intégration des Services de Santé

RLM : Réseaux Locaux Multidisciplinaire

RSO : Régions de Santé de l'Ontario

SISD : Service Intégré de Soins à Domicile

## La territorialisation pour des systèmes de santé intégrés

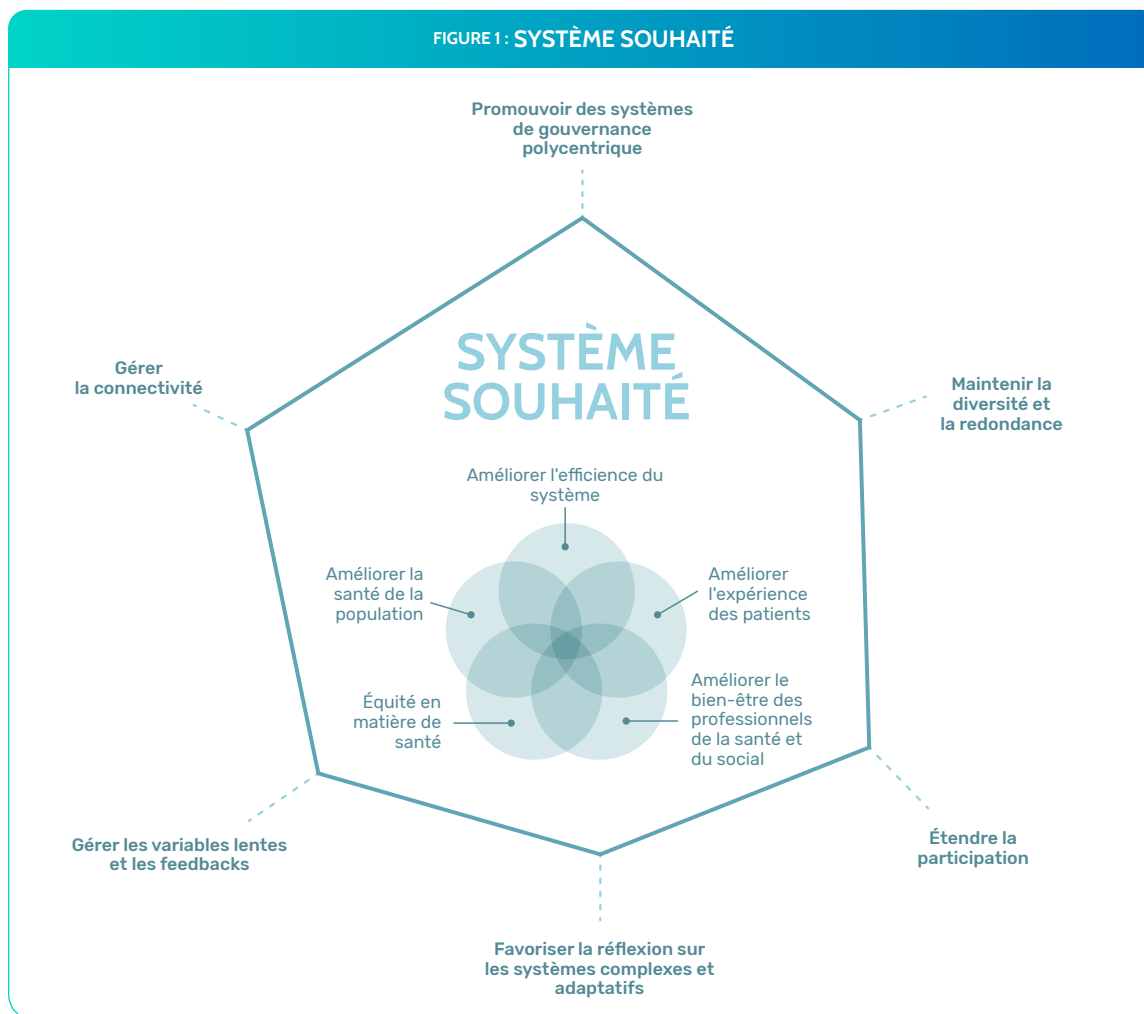
### Cadrage théorique

Le PIF-ASI et le décret s'inscrivent dans une dynamique internationale qui recentre le système de santé sur des soins de santé primaires forts et cherche à renforcer l'intégration des services social santé (World Health Organization, 2008).

Le quintuple objectif est utilisé comme balise sur la direction à prendre : il s'agit de trouver le meilleur équilibre entre l'amélioration de la santé de la population, l'utilisation des ressources mises à disposition, l'équité dans l'accès aux services social santé et dans une meilleure santé, l'expérience individuelle des citoyens, et le bien-être des professionnels social santé (Nundy et al., 2022).

Au-delà de l'importance d'aller vers un système plus intégré, la résilience apparaît comme une caractéristique essentielle à rechercher pour le système de santé. Cette caractéristique est décrite par le Stockholm Resilience Centre comme «la capacité d'un système à faire face aux changements et à continuer à se développer» (Biggs et al., 2015). Les auteurs décrivent sept principes considérés comme essentiels pour renforcer la résilience des systèmes (dont le système de santé) : 1) Maintenir la diversité et la redondance; 2) gérer la connectivité; 3) gérer les variables lentes et les retours d'information; 4) favoriser la réflexion sur les systèmes adaptatifs complexes; 5) encourager l'apprentissage; 6) élargir la participation; 7) promouvoir une gouvernance polycentrique (Biggs et al., 2015) (des détails sur ces principes sont disponibles en Annexe 1). La volonté d'améliorer l'intégration du système de santé s'inscrit donc totalement dans l'objectif de développer un système de santé plus résilient (Saulnier et al., 2023).

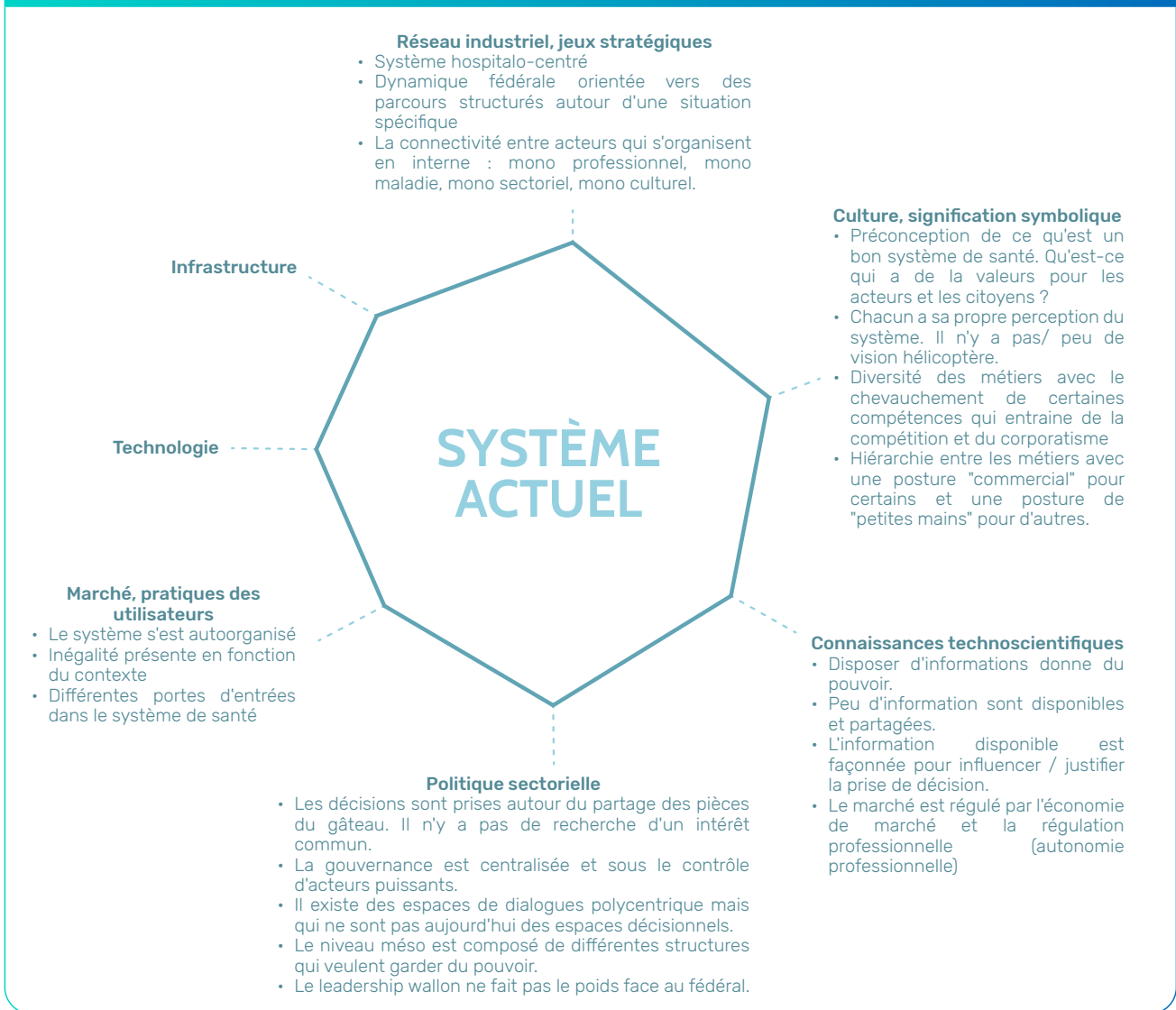
FIGURE 1 : SYSTÈME SOUHAITÉ



Pour tendre vers un système de santé plus résilient et plus intégré, il faut pouvoir répondre à différents enjeux dans l'offre des services social santé, et dans la conception et l'implémentation de politiques publiques. Concernant les enjeux liés à l'offre de services, on peut mentionner notamment, la prise en charge de situations « complexes » ou la gestion des transitions (entre hôpital et domicile, entre secteurs des soins, de la santé mentale, du social, etc., entre services spécialisés et généralistes). Par ailleurs, situées entre soins de santé et actions globales sur la santé, la littératie en santé – pour renforcer les capacités des personnes à décider –, mais aussi une meilleure connexion entre santé individuelle et santé communautaire sont des enjeux reconnus comme particulièrement importants. Au niveau des politiques publiques, on cherche à inclure la dimension santé dans les politiques urbanistiques, de transport, de l'environnement, du travail, etc.

Le risque est important d'aborder ces enjeux indépendamment. Par exemple, pour gérer les transitions, la tendance est de créer des « parcours de soins » pour des épisodes spécifiques (parcours périnatal, oncologique, etc.). Pour améliorer la prise en charge de personnes dans des situations complexes, y inclus pour améliorer la littératie en santé, on développe des structures spécialisées ciblant des groupes particuliers (par exemple, infirmiers de rue pour les personnes sans papiers, sans domicile fixe, etc.) ou des fonctions d'accompagnement spécialisées multiples (coordinateur de soins oncologiques, case manager, etc.). Finalement, les activités de promotion de la santé et l'inclusion de la santé dans les politiques ne se font pas nécessairement en concertation avec les professionnels du soin et de l'accompagnement.

FIGURE 2 : SYSTÈME ACTUEL



Une solution avancée pour éviter ces risques est le renforcement de soins primaires animés par une équipe multidisciplinaire, accessibles « au tout venant », assurant une continuité des soins sur une longue période, ancrés dans un territoire (un bassin de vie) et cherchant la participation du citoyen à la prise de décision (Ham, 2015). Ce choix est lié à une conception précise de la santé et de ce qui détermine notre état de santé. Ainsi, la santé des individus ne se limite pas à des éléments facilement « objectivables » et mesurables. La santé est conçue comme la capacité à vivre le mieux possible, éventuellement avec une maladie, et en s'y adaptant dans son contexte de vie. Être en bonne santé, c'est aussi être capable de se développer personnellement et de participer au développement de la collectivité. Le sens qu'on lui apporte dépend également de nos valeurs et de notre culture. La santé est donc envisagée de manière positive, subjective et solidaire (Huber et al., 2022).

La territorialisation dans l'organisation des soins de santé est une manière de renforcer les soins primaires pour aborder ces différents enjeux.

- Premièrement, elle doit permettre de mieux combiner une approche d'accompagnement de la personne en fonction de sa réalité de vie et de son environnement social (sa « communauté »). Le territoire devrait alors permettre de mieux articuler les équipes prestataires de soins primaires et les citoyens.
- Deuxièmement, elle favorise la collaboration interorganisationnelle et intersectorielle, car des représentants des structures de soins primaires sont mieux à même de se concerter avec les structures qui devraient fonctionner « en appui » (hôpitaux, réseaux spécialisés tels que les réseaux 107, etc.).

La territorialisation n'est donc pas pensée dans une logique administrative, mais dans une logique fonctionnelle devant mettre les objectifs de vie des citoyens, les bassins de vie et les structures de soins primaires au cœur du système. Les acteurs social santé actifs sur le territoire deviennent collectivement responsable de la population vivant sur le territoire. Cette responsabilité collective invite à s'intéresser à l'ensemble de la population vivant sur le territoire tout en faisant varier l'intensité des moyens en fonction des besoins rencontrés (universalisme proportionné).

La territorialisation fonctionne comme une poupée russe, où trois niveaux s'emboîtent de manière cohérente pour renforcer le système.

La collaboration entre organisations et prestataires s'établit à travers différents niveaux d'échelle (World Health Organization, 2008).

1. Le niveau **micro** : l'interaction entre les personnes/communautés/patients et les prestataires.
2. Le niveau **méso** : l'interaction entre les représentants des professionnels, de citoyens et d'organisations de soins.
3. Le niveau **macro** : le cadre politique, notamment pour l'organisation de l'e-santé, les modalités de financement ou la législation.

Ces niveaux correspondent généralement à différentes tailles de territoires qui s'emboîtent. Leur taille dépend du contexte et de choix politiques.

### Territoire local, bassin de vie : la communauté avec ses individus et leur réseau d'entraide et de support

Le niveau micro s'organise dans un territoire local qui correspond au plus petit territoire dans lequel les habitants ont accès aux services les plus courants. Les prestataires de soins primaires sont responsables de la prise en charge de 80 à 90 % des problèmes de santé d'une population délimitée en fonction de son lieu de vie. Ces équipes proposent des services dont l'objectif est de promouvoir, maintenir et améliorer la santé des individus, membres de la communauté définie par leur bassin de vie. Ces services sont caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale et axée sur la personne (World Health Organization, 2008). Ils s'accomplissent dans un partenariat durable avec les patients et leurs aidants proches, dans le contexte de la famille et de la communauté locale.

Les équipes de soins primaires jouent un rôle central dans la coordination générale et la continuité des services dispensés à la population (World Health Organization, 2008). Il est important de noter que les équipes de soins primaires prennent différentes formes aujourd'hui et qu'elles ne doivent pas nécessairement se trouver sous un même toit. Elles peuvent, par exemple, s'organiser sous forme de réseaux de prestataires indépendants. L'équipe doit permettre d'offrir un paquet de services fortement intégrés et capable de mettre en place une coordination collective (c'est-à-dire assurer conjointement la responsabilité de la prise en charge en établissant des ententes formelles (Contandriopoulos et al., 2001)) quand cela s'avère nécessaire.

## DÉCRET

Le décret soutient la structuration du niveau micro. L'article 13 du décret décrit les missions des acteurs et des institutions de la première ligne d'accompagnement et de soins au niveau du bassin de vie :

1. Ils se concertent et se coordonnent autour des besoins de la personne et de la communauté aux fins d'y répondre adéquatement et dans un but de qualité des prestations et des services ;
2. Ils acquièrent et maintiennent l'interconnaissance entre les services, les acteurs et la communauté ;
3. Ils partagent des données et des informations entre les acteurs de la première ligne d'accompagnement et de soins et la personne concernée afin de faciliter la prise en charge et l'accompagnement ;
4. Ils diagnostiquent les besoins et les problématiques du bassin de vie ;
5. Ils déploient des actions de prévention et de promotion de la santé, avec les opérateurs de la promotion de la santé, dans le respect des orientations du plan ;
6. Ils assurent la lisibilité de l'offre de services de soins dans les relations avec les personnes et les communautés ;
7. Ils évaluent et adaptent périodiquement l'offre des services de la première ligne d'accompagnement et de soins proposée aux personnes et à la communauté en vue de l'ajuster au mieux à leurs besoins ;
8. Ils participent à la gestion de la crise sanitaire ou de toute crise qui a un impact sanitaire dans le cadre de l'organisation mise en place par les autorités compétentes ou en exécution de toute mesure prise par une autre autorité identifiée dans la gestion de la crise ;
9. Ils participent à l'élaboration et au fonctionnement des collaborations avec les hôpitaux au bénéfice du patient.

Les acteurs et les institutions de la première ligne d'accompagnement et de soins au niveau local contribuent aux missions spécifiques du niveau locorégional :

- En faisant remonter les besoins de santé détectés au niveau de leur bassin de vie ;
- En participant aux espaces de dialogue proposés par le niveau locorégional.

## Territoire locorégional : coordination des interdépendances

Pour couvrir les 10 à 20 % de besoins restant, d'autres types de prestataires ou organisations sont présents. Les hôpitaux, par exemple, assurent pendant une période limitée les services qui nécessitent des connaissances et/ou des technologies spécialisées, les spécialistes de groupes d'âge spécifique, les prestataires travaillant dans des programmes structurés autour de problématiques particulières (grande précarité, santé mentale, maladies chroniques, etc.). Ces services s'adressent à des populations avec des risques spécifiques en santé. Pour des raisons d'efficacité (avoir une population couverte suffisamment grande), ils s'organisent généralement sur un territoire plus large que le bassin de vie, appelé territoire locorégional.

Le territoire locorégional doit donc être à la fois suffisamment large pour regrouper l'ensemble des services et des compétences nécessaires pour répondre à l'ensemble des problématiques social-santé de la population et, en même temps, suffisamment petit pour comprendre les besoins, les enjeux et les priorités territoriales.

C'est sur ce territoire que s'organise le niveau méso. En partant d'une logique de soins primaires, ce niveau a la responsabilité d'articuler de manière harmonieuse des programmes répondant à des besoins spécifiques et cela en connectant les structures de soins primaires avec d'autres services (cités ci-dessus). Il s'agit d'une part de décloisonner les lignes de services, de penser la complémentarité entre différents prestataires et organisations et, d'autre part, de penser une manière de décider ensemble du contenu du paquet de services et de son organisation (Charles, 2022). Le niveau méso a donc la responsabilité de coordonner les interdépendances entre les différents services (Contandriopoulos et al., 2001).

## DÉCRET

Le décret soutient la structuration du niveau méso à travers la création d'organisations locorégionales (OLS). L'article 18 du décret décrit les missions suivantes pour les OLS :

1. Elle développe le management populationnel afin que les prises de décisions s'appuient sur les données populationnelles ;
2. Elle consolide les besoins non couverts ou à adapter sur son territoire à partir de l'identification de ces besoins par les bassins de vie, présents dans l'organisation locorégionale de santé, en vue d'élaborer un plan d'action et de le transmettre à l'I.W.P.L et au Forum de la première ligne d'accompagnement et de soins ;
3. Elle se concerta avec les services et les prestataires dans la zone de soins, autour des besoins de la population du territoire. L'objectif de la concertation est d'améliorer l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins par :
  - a. l'évolution de l'offre ;
  - b. l'augmentation de son accessibilité ;
4. Elle évalue périodiquement l'adaptation de l'offre aux besoins en vue de l'ajuster sur le territoire de la zone de première ligne d'accompagnement et de soins ;
5. Elle dispense la connaissance relative à l'offre des services et des prestataires aux acteurs et aux institutions de la première ligne d'accompagnement et de soins affiliés ;
6. Elle soutient, avec les C.L.P.S, le déploiement des actions des acteurs de la première ligne d'accompagnement et de soins de prévention et de promotion de la santé, de la santé mentale et des assuétudes en vue de renforcer les dynamiques locales et de santé communautaire, dans le respect des plans régionaux existants en la matière ;
7. Elle assure la lisibilité de l'offre de service au bénéfice des acteurs de la première ligne d'accompagnement et de soins et des personnes qui recourent à leurs prestations

## Territoire régional et fédéral : appui technique et législatif

Le niveau macro s'organise à l'échelle régionale et/ou d'un pays entier. Il est responsable de développer un environnement politique favorable qui se traduit par un soutien aux autres niveaux. Cela demande de développer un ensemble concerté de politiques publiques pour soutenir les structures de gouvernance locales et locorégionales.

Pour soutenir les acteurs de la santé et du social et les OLS, le décret prévoit la mise en place de deux nouvelles structures au niveau macro : le forum de la première ligne d'accompagnement et de soins et l'Institut wallon pour la première ligne d'accompagnement et de soins (IWPL).

L'article 24 du décret décrit les missions du forum :

1. Il soutient et contribue à lever les entraves en termes de réponse ou d'adéquation de la réponse aux besoins ;
2. Il soutient la concertation et contribue à lever les obstacles à la concertation en termes d'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins en réponse aux besoins de la population en vue de disposer d'une organisation efficace et efficiente et d'améliorer l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins ;
3. Il évalue l'adaptation de l'offre de soins aux besoins périodiquement et lève les obstacles en vue de l'ajuster ;
4. Il soutient et contribue à lever les entraves à l'interconnaissance au sein de la première ligne d'accompagnement et de soins et favorise la connaissance entre les lignes ;
5. Il soutient et contribue à lever les entraves en termes de promotion de la santé en vue de renforcer les dynamiques locales, locorégionales et de santé communautaire, dans le respect du plan ;
6. Il soutient et contribue à lever les entraves à la lisibilité de l'offre de soins. ».

Et l'article 27 du décret décrit les missions de l'IWPL :

1. Il soutient les organisations locorégionales de santé dans le déploiement des outils de partage des informations en encourageant la formation des acteurs de la première ligne d'accompagnement et de soins de manière pluridisciplinaire et transdisciplinaire ;
2. Il soutient les organisations locorégionales de santé dans le développement d'un management populationnel en coconstruisant avec les organisations locorégionales de santé une approche méthodologique, des outils et des analyses pour que la prise de décision au niveau des organisations locorégionales de santé puisse s'appuyer sur des données populationnelles ;
3. Il compile les besoins non couverts ou à adapter en vue de soutenir les relations et les partenariats efficaces et efficients et leur présentation au Forum de la première ligne d'accompagnement et de soins pour favoriser l'amélioration de l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins ;
4. Il soutient la concertation entre les organisations locorégionales de santé en termes d'organisation en réponse aux besoins de la population en vue d'améliorer cette organisation ;
5. Il soutient l'évaluation de l'adaptation aux besoins périodiquement en vue d'ajuster l'offre, par des outils et de la formation transdisciplinaires ;
6. Il organise les outils de connaissance de l'offre des services et des prestataires et la formation à leur utilisation pluridisciplinaire et transdisciplinaire au bénéfice des organisations locorégionales de santé, en collaboration avec l'Agence ;
7. Il soutient, en collaboration avec la fédération des C.L.P.S, le déploiement des actions de promotion de la santé ainsi que la formation des acteurs de la première ligne d'accompagnement et de soins en matière de promotion de la santé en vue de renforcer les dynamiques locorégionales et de santé communautaire, dans le respect du plan ;
8. Il contribue à la lisibilité de l'offre de services au bénéfice des organisations locorégionales de santé, en collaboration avec l'Agence ;
9. Il contribue, le cas échéant, à l'élaboration d'objectifs annuels et pluriannuels des organisations locorégionales de santé.

## Un mouvement international

La territorialisation des soins de santé est désormais une tendance internationale majeure. Bien que le processus de mise en œuvre et la configuration exacte diffèrent d'une région à l'autre, l'objectif reste le même : améliorer l'intégration horizontale entre les acteurs des soins primaires et verticale entre les différents niveaux du système de santé. Ces propos sont illustrés ci-dessous à l'aide de trois exemples : le Pays de Galles, l'Ontario et la France.

Au Pays de Galles, Royaume-Uni, des clusters de soins primaires ont été créés en 2010. Les clusters, généralement dirigés par des médecins généralistes, devaient convenir d'un plan d'action conjoint avec d'autres acteurs des soins primaires pour répondre aux priorités de la politique nationale de santé et aux besoins de santé locaux spécifiques à leur contexte. Ces clusters couvrent une population de 20 000 à 100 000 personnes. En 2017, un programme stratégique pour les

soins primaires a été développé, incluant une stratégie pour le « développement accéléré des clusters », réunissant des médecins généralistes, dentistes, optométristes, pharmaciens, infirmiers, professionnels paramédicaux et professionnels social. Ces clusters de professionnels identifient les besoins de la population et les priorités d'amélioration des services. Au niveau méso, des Groupes de Planification Pan-Clusters supervisent les clusters et coordonnent l'utilisation de toutes les ressources disponibles pour répondre aux besoins locaux. Ce système est conçu pour faciliter la circulation des informations de haut en bas du système, du niveau micro au niveau méso (Stanciu et al., 2020).

En Ontario, Canada, le gouvernement ontarien a adopté la Connecting Care Act en 2019, qui a dissout 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les a remplacés par six Régions de Santé de l'Ontario (RSO) contenant des équipes locales plus petites au sein des communautés – les Équipes Santé Ontario (Ontario Health Teams OHT). Alors que les RLISS étaient basés régionalement et fonctionnaient de manière autonome, les OHT sont basées sur la communauté et gérées par une agence nouvellement créée – Santé Ontario. Le but est de concevoir un système de santé adapté à une population définie et de permettre aux patients d'accéder aux soins de santé et de gérer les transitions au sein de la communauté. L'objectif des OHT est d'encourager les groupes de prestataires de soins de santé, y compris les médecins, les organisations de soins à domicile et communautaires, et les hôpitaux, à se lier de manière formelle au sein du système de santé (Sethuram et al., 2023).

En France, depuis 2016, les professionnels des soins de santé primaires se sont organisés au niveau méso grâce à la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Les CPTS rassemblent des professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser (de leur propre initiative) pour coordonner leurs activités afin d'améliorer la prise en charge des patients. Les CPTS couvrent une population de 40 000 à 175 000 personnes. Leurs missions sont d'améliorer l'accès aux soins, d'organiser des parcours de soins pluriprofessionnels autour du patient, de développer des activités de prévention territoriale et de participer à la réponse aux crises sanitaires. Au niveau régional, les agences régionales de santé sont responsables de la gestion régionale du système de santé et de l'offre de soins régionale. Leur création résulte d'une réforme de 2009 visant à une plus grande décentralisation du système de santé français. Les CPTS ne sont pas présentes partout et leur maturité varie d'une région à l'autre, et au sein des régions. Une dynamique complexe de territorialisation de la santé est donc présente, reflétant un processus en cours de structuration (Gautier & Josseran, 2024).

Développer des soins primaires forts et structurés est au cœur d'un système de santé moderne et l'approche adoptée en Wallonie suit les évolutions nationales (les zones de première ligne en Flandres et les bassins de soins à Bruxelles) et internationales. Néanmoins, pour réaliser le plein potentiel de la territorialisation et des soins primaires structurés, il faut aller au-delà d'un exercice administratif qui se contente de définir des territoires. Le défi est de transformer radicalement la gouvernance de notre système afin qu'il soit mieux à même d'atteindre le quintuple objectif. Cela nécessitera de la patience, un engagement à long terme, la capacité à s'adapter et un leadership fort pour clarifier et partager une vision de l'avenir.

## Méthodologie

Pour réaliser une analyse factuelle du système (tel que conceptualisé dans le décret et dans le PIF-ASI), et proposer une feuille de route pour la mise en œuvre du décret, deux analyses successives et complémentaires ont été réalisées : une analyse des flux, et la construction d'une théorie de changement.

### Analyse des flux

Nous avons réalisé une analyse détaillée des textes légaux (PIF-ASI, décret et arrêtés d'exécution du décret dans leurs formes actuelles) pour en extraire trois types de flux spécifiques : les flux de redevabilité, les flux d'informations et les flux de ressources humaines. Ces flux sont représentés sous forme de diagramme de flux qui peuvent être lu comme des plans détaillés du futur système pour chacun de ces flux. Pour ce faire, ces diagrammes invitent à discuter :

- Les acteurs ou de structures pivots pour le système (éléments avec beaucoup de flèches entrantes et sortantes)
- Les acteurs ou de structures isolés pour lesquels peu d'interactions sont prévues avec les autres acteurs du système (éléments qui ont très peu de flèches entrantes et sortantes)
- Les sens des flèches et à leurs circularités
- La temporalité des différents flux

L'analyse a consisté à croiser les informations issues des trois diagrammes afin d'identifier les problèmes ou les manquements éventuels de conceptualisation. Dix points d'attention ont été identifiés à travers cette analyse.

## Construction d'une théorie de changement

La feuille de route a été construite en suivant l'approche de la théorie de changement. Elle balise les différentes étapes clés et formule une série d'hypothèses pour entrer dans le changement. Ces étapes et hypothèses s'appuient sur les constats issus de l'analyse des flux.

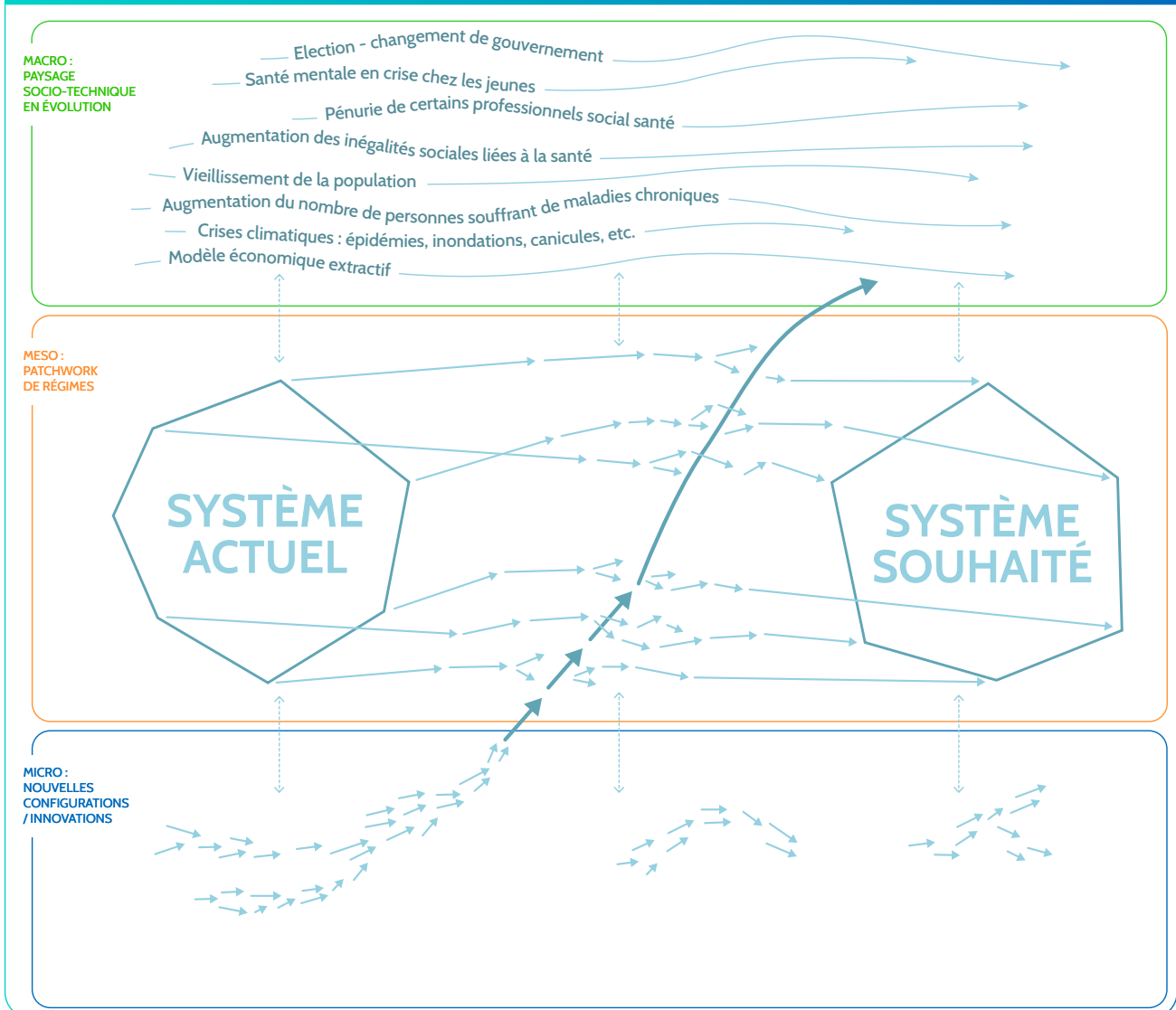
Basé sur le modèle théorique "multi-level perspective to socio-technical change", ces étapes et hypothèses ont été pensées pour permettre une transformation progressive du système de santé vers un système de santé résilient avec le quintuple objectif comme balise sur la direction à prendre. Ce cadre théorique met en évidence que le changement au sein d'un système découle de la relation entre trois niveaux : l'environnement exogène, le régime et les niches.

L'environnement exogène englobe les valeurs et les normes sociétales ainsi que le développement économique (Geels, 2002). C'est à ce niveau qu'apparaissent les grands problèmes sociétaux (ex : vieillissement de la population, augmentation des inégalités sociales liées à la santé, augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques, crises climatiques - épidémies, canicules, inondations -, pénurie de certaines professions de la santé et du social, augmentation des problèmes de santé mentale, etc.). La société face à ces problèmes peut faire pression sur le régime pour introduire un changement dans le système.

Le régime est la voie classique pour résoudre les problèmes sociétaux en s'appuyant sur les technologies, les institutions scientifiques, les politiques, les administrations, les valeurs socio-culturelles, les usagers et le marché (Geels, 2002, 2004). Il s'agit de l'élément conservateur, c'est-à-dire le système de santé comme on le connaît aujourd'hui (Kivisaari et al., 2013). La stabilité de ce système est maintenue tant que l'environnement exogène et le régime sont compatibles. Lorsque ce n'est plus le cas, la pression exercée par l'environnement sur le régime peut ouvrir une fenêtre d'opportunité pour réformer le régime (Geels & Kemp, 2007).

Les niches sont le niveau où naissent les innovations (Geels, 2002, 2004). Ces innovations, qui sont par définition extérieures au régime, ont la capacité de réformer et même de transformer le régime lorsque les circonstances externes leur sont favorables. Autrement dit, lorsqu'une fenêtre d'opportunité est ouverte.

FIGURE 3 : ADAPTATION DU MODÈLE THÉORIQUE DE GEEL  
"MULTILEVEL PERSPECTIVE TO SOCIO-TECHNICAL CHANGE" À NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ



Etant donné le contexte national et les différents grands problèmes sociétaux mentionnés ci-dessus et au vu des tendances à l'international, nous formulons l'hypothèse qu'une fenêtre d'opportunité est ouverte pour réformer le système de santé en Wallonie. Notre théorie du changement, propose une série d'étapes clés qui visent à la transformation profonde du régime en s'appuyant d'une part sur les pressions de l'environnement exogène et sur les innovations issues de la niche. Ces étapes sont présentées de manière linéaire, cependant elles ne se suivent pas nécessairement de manière séquentielle. En effet, certaines étapes pourraient avoir un effet de renforcement de ce qui est prévu dans les étapes précédentes.

A chaque étape, différents scénarios sont envisagés. Ils sont souvent l'expression de deux extrêmes : top-down versus bottom-up, vertical versus horizontal, linéaire versus systémique, etc. Chacun de ces scénarios comporte des risques qui sont détaillés dans le texte. Nous formulons l'hypothèse que la recherche d'un juste équilibre entre ces différents scénarios permet d'atténuer certains risques et peut, dans certains cas, être envisagé comme un excellent compromis.

Finalement, la feuille de route a comme point de départ l'approbation du décret. Elle a été réalisée de manière théorique avec comme objectif de démystifier le processus de changement qui est devant nous. Elle devra par la suite être travaillée dans chacun des territoires et avec les acteurs de niveau macro pour la décliner en fonction des différentes réalités territoriales et la rendre compréhensible et inspirante par et pour les différents acteurs.

## Résultats

### **Analyse factuelle de la future organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins wallonne**

Les textes légaux (PIF-ASI et décret), disponibles à ce jour, prévoient une architecture globale du système. Cette architecture inclut des structures et les flux entre ces structures. Les figures 4, 5, et 6 présente de manière visuelle l'analyse des flux entre ces différentes structures. Cette analyse a permis d'identifier dix points d'attention qui sont développés dans les paragraphes suivants. Ces points d'attention sont essentiels pour comprendre ou adapter l'architecture de la réorganisation de la première ligne d'accompagnement et de soins wallonne.

FIGURE 4 : FLUX DE REDEVABILITÉS

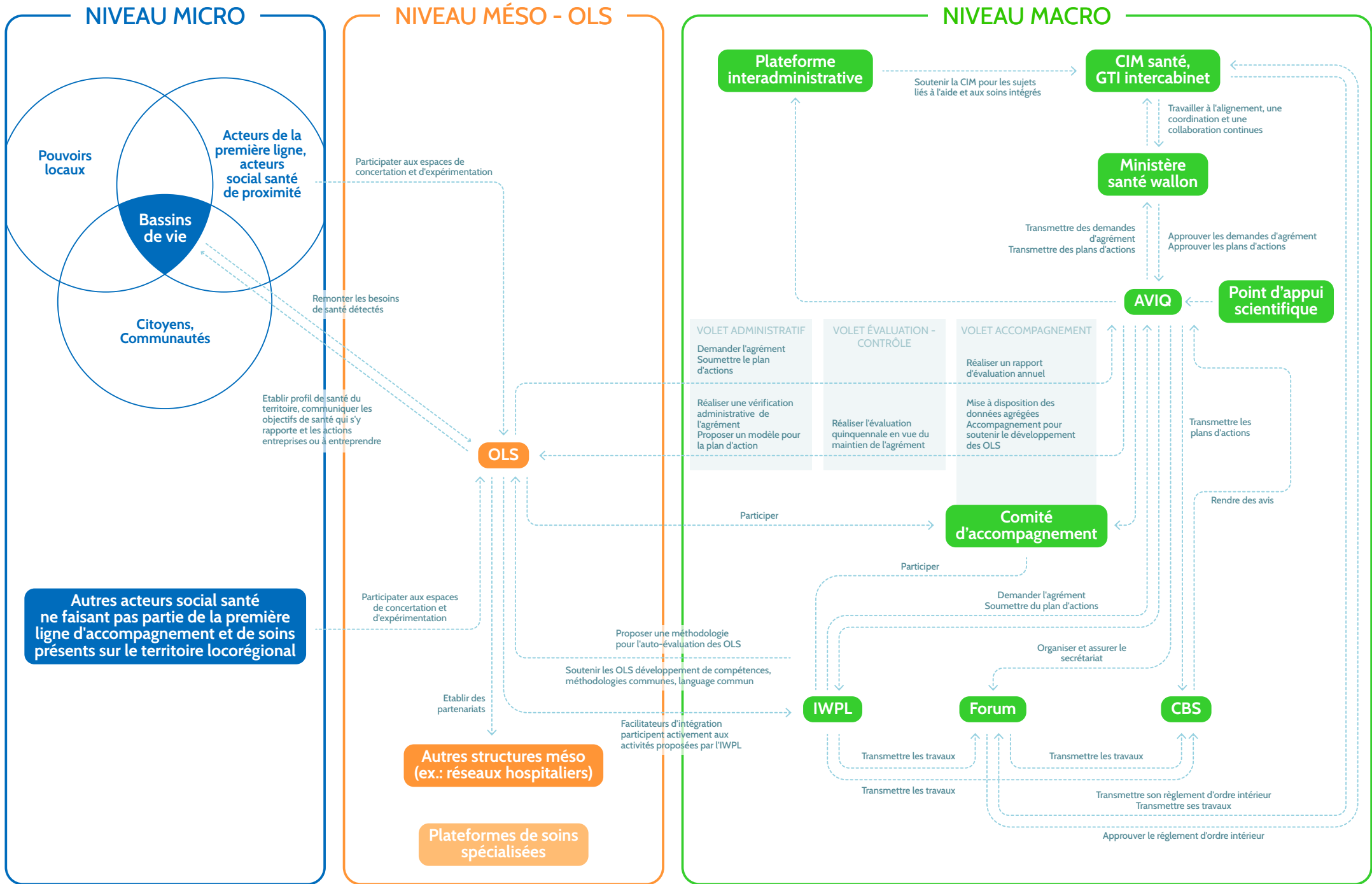


FIGURE 5 : FLUX DES DONNÉES SOCIO-SANITAIRE DANS LE BUT DE DÉVELOPPER LE MANAGEMENT POPULATIONNEL

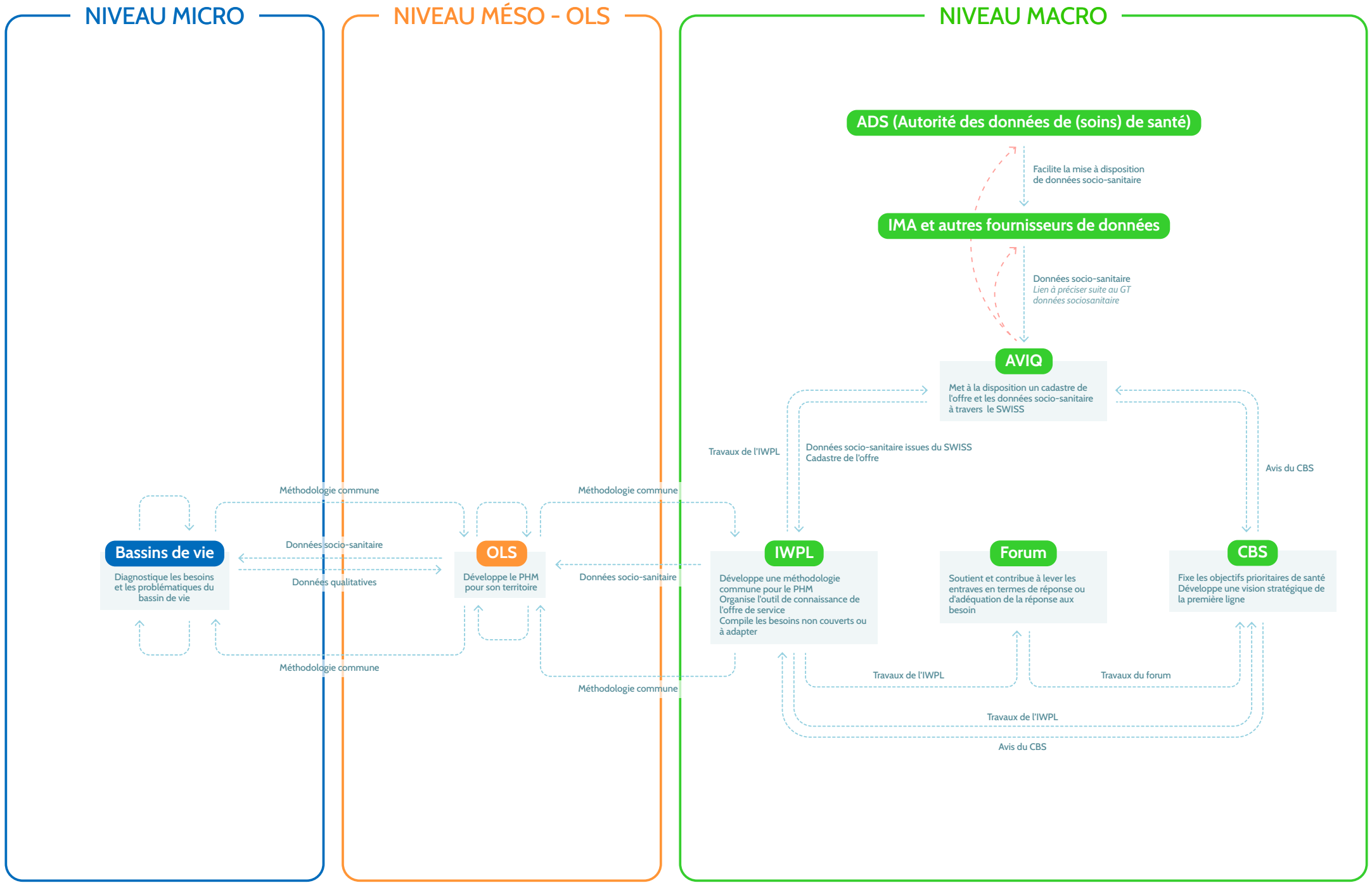
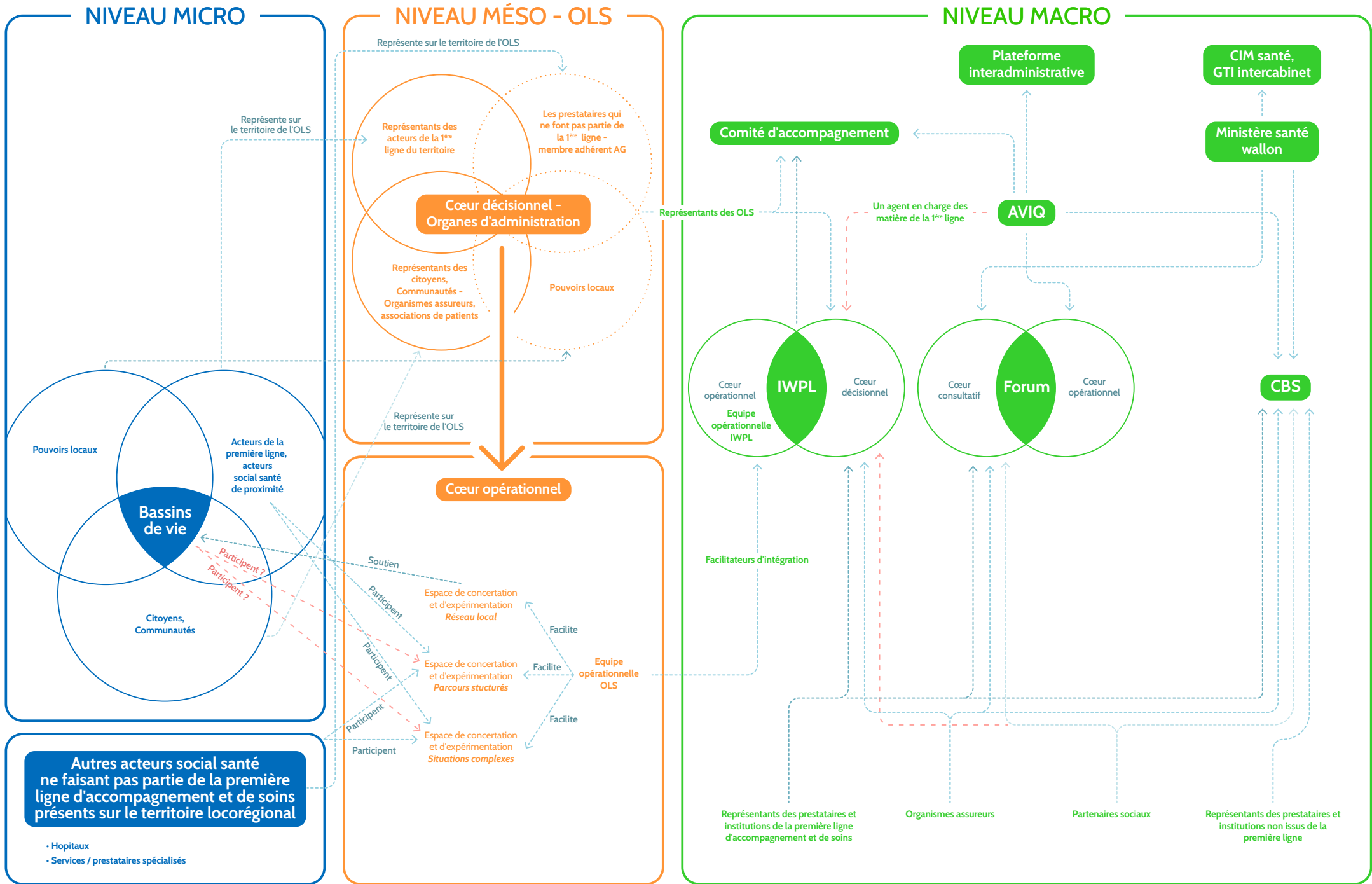


FIGURE 6 : FLUX DE RESSOURCES HUMAINES



## 1. Les niveaux supérieurs sont au service des niveaux inférieurs

Les diagrammes de flux ont été volontairement conçus de manière horizontale pour illustrer le changement de paradigme présent dans le décret. Comme expliqué dans l'introduction, le cœur du système de santé est le niveau le plus local – c'est-à-dire le niveau des bassins de vie. C'est à ce niveau qu'on retrouve les prestataires de proximité, généralistes capables de répondre et d'accompagner la personne et la communauté pour la majorité de leurs besoins social santé.

Les niveaux supérieurs méso et macro sont au service des bassins de vie. Le niveau méso, via les OLS facilite des espaces de concertation et d'expérimentation dans les différents bassins de vie et les soutiennent, entre autres, dans l'élaboration d'un profil de santé du territoire et travaillent à la lisibilité de l'offre (article 18 du décret). Le niveau macro jouent à la fois un rôle de soutien et de contrôle. Certaines structures comme l'IWPL et le Forum sont dédiés à soutenir la mise en place de la réforme sur le terrain. L'IWPL est responsable de (1) soutenir le développement des compétences des équipes opérationnelles des OLS, (2) soutenir le développement d'approches méthodologiques communes aux différentes OLS, (3) soutenir le développement d'un langage commun (article 27 du décret). Le Forum est responsable de faciliter le dialogue entre les acteurs de la première ligne, l'administration et les décideurs politiques (article 24 du décret). Le niveau macro, et plus particulièrement l'administration et les décideurs politiques, ont un rôle d'autorité sur les autres structures. Ils sont responsables de leur financement et de valider leur plan d'actions, leur rapport d'activités, etc. L'administration est également responsable de mettre à la disposition de ces structures des éléments indispensables à l'atteinte de leurs missions (cadastre de l'offre, données socio-sanitaire, outil de partage des données, etc.) (article 21 du décret).

## 2. La double casquette de l'administration (AVIQ) de contrôle et d'accompagnement

L'administration a donc une double casquette de contrôle et d'accompagnement. Cette posture d'accompagnement qui sous-tend d'entrer dans une logique d'apprentissage demande à l'administration de développer une nouvelle posture tant pour la casquette contrôle que pour la casquette accompagnement. En effet, la combinaison de ces deux casquettes, qui peuvent parfois sembler en opposition, vont demander de questionner la manière d'exercer un contrôle qui permet l'essai erreur et donc l'apprentissage.

## 3. Le lien avec le fédéral qui se fait uniquement à travers l'AVIQ et le cabinet

Les partenariats soins intégrés étant voués à disparaître, le niveau fédéral n'aura plus d'interlocuteurs privilégiés avec le niveau méso première ligne généraliste. Il garde un ancrage au niveau méso à travers les réseaux 107 et les réseaux hospitaliers. Toutefois, les futures parcours prévus dans le PIF-ASI ne peuvent se concevoir sans la première ligne. Ils devraient, donc, s'organiser à partir des OLS. Des mécanismes permettant de faire remonter les expériences et le vécu du terrain vers les autorités fédérales doivent être pensés. Si ces feedbacks ne sont pas prévus, il y a un risque non-négligeable que les parcours soient imaginés dans une logique incompatible avec la réalité wallonne. L'IWPL semble être une structure clé pour faire remonter les informations et apprendre des expériences des différents territoires. Cependant, il est important de noter que la transmission d'information seule n'est pas suffisante pour équilibrer les décisions au niveau fédéral. Si le niveau fédéral souhaite entrer dans le changement de paradigme énoncé au début de ce chapitre " les niveaux supérieurs sont au service des niveaux inférieurs", il devra équilibrer les décisions prises entre les différentes réalités territoriales et régionales.

## 4. L'OLS comme élément pivot entre les bassins de vie et le niveau macro

Comme le montre les différents diagrammes de flux, l'OLS a été pensée comme la structure pivot entre le niveau macro et le niveau micro. Ce choix est un choix rationnel. Il s'agit de rassembler à un endroit les ressources et les compétences nécessaires pour dynamiser les différents réseaux locaux (bassins de vie) et y ancrer l'organisation de différents parcours structurés et la structuration de l'accompagnement de personnes en situation complexe. Ce choix rationnel s'appuie, entre autres, sur l'expérience flamande des zones de première ligne qui éprouvent des difficultés dans la réalisation de certaines de leurs missions par manque de moyens et de compétences (Lambert et al., 2022). En effet, les compétences nécessaires pour réaliser les missions des OLS sont nombreuses et demandent d'allier différents profils. Cela ne peut être fait en Flandres car le budget est réparti entre 60 territoires. Avec les moyens qui sont ceux de la Wallonie, et le peu de compétences disponibles aujourd'hui dans les différents territoires, le choix de constituer des véritables équipes multidisciplinaires et multi-compétences au niveau des OLS semble pragmatique.

## 5. Un lien privilégié entre OLS et IWPL

Ces équipes multidisciplinaires et multi-compétences vont se développer grâce à un lien très étroit avec l'IWPL. Les flux de ressources humaines (figure 6) montrent la participation des membres de l'équipe opérationnelle des OLS (facilitateurs d'intégration) au cœur opérationnel de l'IWPL. L'IWPL est en effet chargé de favoriser l'apprentissage entre les différentes OLS et le développement d'outils et de méthodologies communes (flux de redevabilité – figure 4).

## 6. Des structures aux flux inexistantes (ex : plateforme de soins spécialisés, point d'appui scientifique)

Comme le montre les différents diagrammes de flux, certaines structures sont absentes ou très peu connectées aux autres structures dans les différents diagrammes de flux. Cela illustre soit que le rôle de ces structures dans le système n'a pas été assez travaillé lors de l'écriture des textes légaux, soit qu'il s'agit de structures qui travaillent un volet très spécifique et contribue peu à la dynamique du système dans son ensemble.

Les plateformes de soins spécialisés, par exemple, n'apparaissent sur aucun des diagrammes. Le point d'appui scientifique apparaît uniquement sur le diagramme du flux de redevabilité (figure 3) et est uniquement lié à l'AVIQ. Les missions de ces structures ne sont pas suffisamment élaborées dans le décret. Il est donc difficile d'en déduire les flux.

Pour les plateformes de soins spécialisées, l'analyse des flux invite à préciser, en particulier, les interactions entre les plateformes et les OLS (structure clé du niveau méso). Ces structures sont-elles complémentaires ? Est-il nécessaire de créer une nouvelle structure de niveau méso (plateforme de soins spécialisés) alors que la volonté de la réforme est plutôt d'intégrer certaines structures existantes au sein de l'OLS pour améliorer la performance du système ?

Le point d'appui scientifique n'est pas décrit dans le décret. Les principales compétences scientifiques décrites dans le décret se retrouvent au niveau de l'IWPL. L'IWPL et le point d'appui scientifique sont-ils complémentaires ? Comment le point d'appui scientifique doit-il s'intégrer ou s'articuler avec l'IWPL ? Les réponses à ces questions sont en partie dépendante des moyens qui seront alloués aux deux structures pour réaliser leurs missions respectives. Au plus les moyens sont réduits, au plus il semble utile de mutualiser certaines ressources et donc d'intégrer les structures.

## 7. Des structures "doublon" en termes de ressources humaines et proche en termes de missions (CBS et forum)

Le diagramme des flux de ressource humaine (figure 6) permet de visualiser la composition des différentes structures. Le Comité de Branche Santé et le Forum ont une composition identique. Ils rassemblent les représentants des prestataires et des institutions de la première ligne, les organismes assureurs, les partenaires sociaux, l'AVIQ et le cabinet wallon. Les représentants des autres acteurs de la santé et du social peuvent également y participer.

Les missions du forum sont également très proches des missions du CBS bien que celui-ci à des missions plus étendues.

L'AVIQ est responsable d'organiser et d'assurer le support administratif de ces deux structures.

Il semble donc intéressant d'évaluer la plus-value du forum par rapport au CBS. Est-ce nécessaire d'envisager une structure distincte ? Comment faire en sorte de ne pas multiplier les réunions et les espaces de consultations ?

## 8. Un niveau macro qui reste fragmenté

Les deux derniers points illustrent le manque de lisibilité qui persiste au niveau macro. Les diagrammes sont assez explicites. Au niveau macro, il reste pléthore de structures. Cette réflexion est une manière de réfléchir à une réforme de l'état qu'il fasse sens d'un point de vue du système de santé.

## 9. Une temporalité dans les flux qui demandent à être précisée

Les diagrammes des flux tel que représenté dans ce document, ne tiennent pas compte des aspects temporels. Cependant certains flux de redevabilité ou d'information vont prendre du temps avant d'être disponibles. C'est le cas, par exemple, des différents outils que le niveau macro doit mettre à la disposition des niveaux inférieurs (outils informatique interopérable facilitant le travail multidisciplinaire, cadastre de l'offre de services, données socio-sanitaires pour réaliser le management populationnel). Ces outils apparaissent souvent comme la solution à de nombreux problèmes. Ils sont parfois utilisés comme excuses pour éviter de s'engager dans le changement sur le terrain (« tant que nous n'avons pas un dossier informatisé partagé, nous ne pouvons rien faire... »). Cependant, leur mise en œuvre prend du temps. Et demande une collaboration étroite entre les différents niveaux de pouvoirs. Leur élaboration doit donc se faire en parallèle des avancées sur le terrain. Celles-ci doivent pouvoir alimenter les réflexions macro afin de concevoir les outils les plus adaptés possibles aux besoins des acteurs.

Pour que ce travail en parallèle soit envisageable, les compétences des équipes opérationnelles des OLS semblent une nouvelle fois indispensable afin de pouvoir avancer avec ce qui est disponible actuellement et faire remonter les difficultés rencontrées vers le niveau macro. Les équipes opérationnelles des OLS sont donc capitales pour gérer les délais dans le système. En effet, elles devront soutenir l'OLS dans le développement progressif et incrémental de toute une série de choses.

## 10. Le manque de précision concernant les autres structures méso existantes

Aujourd'hui sur le territoire wallon, à côté des SISD, RLM et consortia infirmiers qui seront intégrés dans l'OLS, différentes structures jouent un rôle d'appui et de gestion (niveau méso). Il s'agit, par exemple, des cercles de médecine générales, cercles de pharmaciens, plateformes de soins palliatifs, plateformes et réseaux de santé mentale, centres locaux de

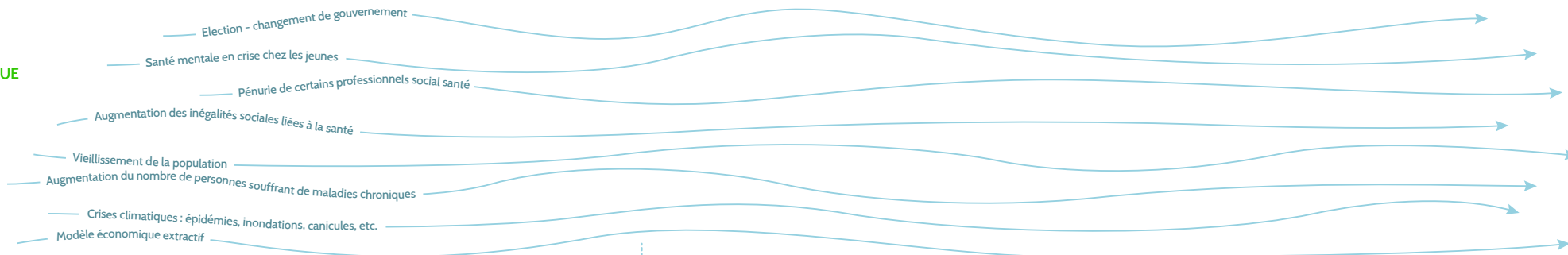
promotion de la santé (CLPS), Outbreak Support Teams (OST), réseaux hospitaliers. Les flux entre ces structures et les OLS (à l'exception des réseaux hospitaliers et des CLPS) ne sont pas précisés dans le décret. Celui-ci stipule juste que les structures du CWASS doivent s'y affilier. Une réflexion sur les flux d'activités, de redevabilité et de ressources humaines entre ces structures semble nécessaire pour garantir la structuration d'un niveau méso cohérent et intégré.

## **Scénarios pour la mise en œuvre du décret : proposition d'étapes clés d'une feuille de route**

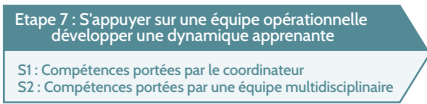
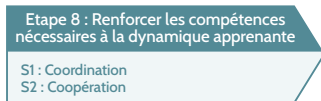
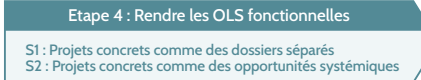
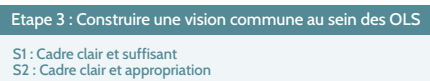
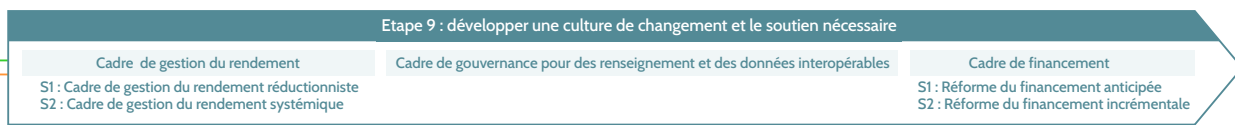
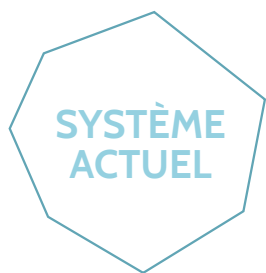
La feuille de route présentée ci-dessous a été construite dans la logique d'une théorie de changement. Elle balise les différentes étapes clés et formule une série d'hypothèses pour entrer dans le changement. Ces étapes et hypothèses s'appuient sur les dix points d'attention présentés précédemment.

FIGURE 7 : THÉORIE DU CHANGEMENT POUR LA RÉFORME PROXISANTÉ CONSTRUITE À PARTIR DU MODÈLE DE GEELS

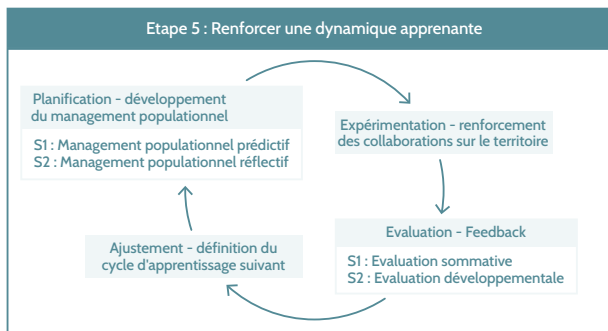
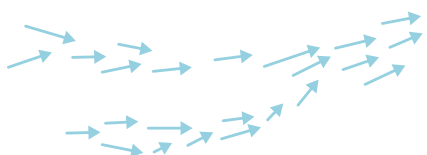
MACRO :  
PAYSAGE  
SOCIO-TECHNIQUE  
EN ÉVOLUTION



MESO :  
PATCHWORK  
DE RÉGIMES



MICRO :  
NOUVELLES  
CONFIGURATIONS  
/ INNOVATIONS



## **ETAPE 1 : Création des OLS en rassemblant les compétences et les ressources autour de la dynamisation des réseaux locaux (bassins de vie)**

Au vu des arguments présentés précédemment sur le rôle pivot des OLS entre les bassins de vie et le niveau macro, nous formulons l'hypothèse que la première étape de cette feuille de route est de créer les OLS. L'objectif est de pouvoir mutualiser les moyens et les compétences nécessaires pour dynamiser les réseaux locaux (à l'échelle des bassins de vie) et y ancrer la structuration de parcours de soins pour des situations spécifiques et le développement de fonctions (coordinateur, case manager, référent) pour l'accompagnement de personnes vivant des situations complexes.

Pour rassembler les moyens et les compétences, le décret prévoit la fusion de différentes structures de niveau méso (RML, SISD et Consortia infirmier). Il prévoit également de faire arriver des moyens supplémentaires issus du plan de relance wallon (PRW). Ces moyens sont limités dans le temps. Nous formulons l'hypothèse que d'autres structures pourraient fusionner au sein des OLS pour rendre ce niveau plus cohérent, efficient et plus intégré. Les structures de niveaux méso (considérées de première ligne) qui ne sont pas concernés par la fusion aujourd'hui sont : les cercles de médecines générales, les cercles de pharmaciens, les plateformes de soins palliatifs, les plateformes et réseaux de santé mentale, les CPLS, les OST.

Différents scénarios temporels sont possibles.

### **SCÉNARIO 1**

#### **Fusion élargie au démarrage**

Le premier scénario soutient l'idée de fusionner directement davantage de structures (approche top-down). Ce scénario comporte différents risques – l'incompatibilité avec l'organisation actuelle des interactions dans le système (par maladie, par profession, par secteur), l'incohérence territoriale entre ces différentes structures qui compliquent la mutualisation des ressources, le changement de paradigme dans les logiques d'actions qui invitent à considérer le système dans son ensemble et non plus uniquement sous l'angle d'un public cible, d'une profession, ou d'un secteur.

### **SCÉNARIO 2**

#### **Fusion progressive**

Le second scénario invite à une intégration progressive des autres structures. Ce scénario soutient une approche plus bottom-up et part de l'hypothèse qu'en travaillant ensemble sur toute une série de projets les différentes structures finiront par trouver des avantages à mutualiser leurs ressources et leurs compétences. Cette intégration progressive risque de se faire de manière très différente d'un territoire à l'autre tant en termes de structures à intégrer qu'en termes de vitesses et de temporalité. Elle pourrait aussi aboutir à une « dilution » des ressources de OLS, voire des conflits avec les structures existantes, rendant difficile le développement du niveau méso.

## **ETAPE 2 : Lancer la dynamique dans chaque territoire à partir des OLS**

Chaque territoire a sa propre histoire – ses antécédents de conflits ou de collaboration, la présence ou non d'un leadership identifié qui est en mesure d'initier et de soutenir la dynamique de changement, la reconnaissance ou non de l'interdépendance entre les acteurs du territoire et du besoin de collaborer pour répondre à l'ensemble des besoins social santé de la population vivant sur le territoire, etc (Ansell & Gash, 2007; Emerson et al., 2012). Nous formulons l'hypothèse que la mise en œuvre du décret sera largement dépendante du contexte territorial.

Différents scénarios temporels sont possibles.

## SCÉNARIO 1

### Dynamique top-down et rapide

Le premier scénario soutient l'idée d'une mise en place rapide de l'ensemble des OLS pour contourner certaines difficultés d'ordre administrative (ex : allocation des budgets du PRW, fusion de structures qui n'ont plus de statuts juridiques au premier janvier 2025, maintien de personnes et donc de compétences indispensables pour lancer la suite de la dynamique). Dans ce scénario, nous faisons l'hypothèse que les OLS sont constitués sur base de statuts génériques (un canevas clair qui empêche de longues discussions et évite le maintien d'anciens rapports de force). Il s'agit donc d'une constitution top-down des OLS.

## SCÉNARIO 2

### Dynamique bottom-up et incrémentale

Le second scénario soutient l'idée de lancer la dynamique de manière incrémentale et bottom-up. Dans ce scénario, nous formulons l'hypothèse qu'il faut démarrer dans les territoires des OLS où les acteurs sont partants pour entrer dans une dynamique de changement positive. Ces endroits propices au changement pourront alors servir de sources d'apprentissage et d'expérimentation pour développer des outils, des méthodologies, des réflexions qui pourront aider les autres territoires par la suite. Identifier ces territoires propices au changement demande de lancer un appel à projet dans lequel les membres de la future OLS seront invités à décrire et à illustrer à l'aide d'exemples concrets la dynamique actuelle de leur territoire, les compétences disponibles et le groupe d'acteurs porteur de la future OLS.

### **ETAPE 3** : Construire une vision et des objectifs communs aux acteurs d'une OLS en vue d'un système efficace et résilient.

Quelques soient les scénarios retenus, nous partons du postulat que les OLS, ne sont pas juste une addition de structures préexistantes qui continuent à jouer leur rôle historique. Il ne s'agit pas de prendre les mêmes acteurs dans une autre structure et de recommencer les mêmes actions. Dans une logique systémique, il s'agirait de changer l'objectif (l'OLS a un objectif différent des objectifs des structures préexistantes) (Meadows, 2023). Ceci devrait aboutir à des interactions différentes entre les structures fusionnées au sein de l'OLS. In fine, le niveau méso, et son action sur l'organisation territoriale des services social-santé devrait être profondément transformée (Meadows, 2023). Ceci est explicité dans le décret, lequel soutient un changement d'objectif qui invite les acteurs du territoire de l'OLS à devenir collectivement responsables de la population qui vit sur son territoire (pour leurs besoins social santé).

Nous formulons l'hypothèse que pour que cette transformation puisse avoir lieu, il faut que les acteurs de l'OLS se reconnaissent dans cet objectif commun, clarifient leur aspiration et partagent une vision (Senge et al., 2000). Au cœur de la définition de cet objectif revient l'organisation des services social santé par des réseaux locaux structurés au sein de bassins de vie (un quartier, un village, une commune). Cette structuration doit permettre de mieux intégrer des actions de promotion de la santé (agissant de manière positive sur les déterminants de santé), avec des actions de prévention, de soins curatifs et palliatifs offerts par des structures de soins primaires. Les autres modalités de structurations (par parcours, ou par fonctions spécifiques) viennent alors en support aux réseaux locaux de bassins de vie.

Deux scénarios sont possibles.

## SCÉNARIO 1

### Cadre clair et suffisant

Le premier scénario soutient l'idée que la vision est définie au niveau macro et qu'un argumentaire de changement bien construit couplé avec une bonne stratégie de communication seront suffisants pour convaincre les acteurs de s'engager dans le changement. Il part du principe que les compétences pour mener le changement sont suffisantes dans les territoires à partir du moment où elles sont guidées par un cadre clair (réseaux locaux dans bassins de vie complétés par des parcours, et des fonctions spécifiques -coordinateurs, case managers).

## SCÉNARIO 2

### Cadre clair et appropriation

Le second scénario soutient également l'idée que la vision est définie au niveau macro mais qu'il faut un temps d'appropriation pour que les acteurs de terrain puissent s'engager pleinement dans celle-ci. Ce scénario soutient que les compétences présentes aujourd'hui dans les différents territoires doivent être étoffées pour pouvoir rencontrer les missions attendues des futures OLS. Dans ce scénario, l'étape de création des OLS est considérée comme une opportunité pour commencer à renforcer les compétences des futures OLS. Il semble donc nécessaire de penser un accompagnement qui permette aux futures OLS d'entrer dans ce changement de paradigme et d'assurer une compréhension uniforme du changement souhaité dans les différents territoires. L'accompagnement aura alors comme objectifs (1) de faire entrer les membres des futures OLS dans une logique systémique, (2) de soutenir l'élaboration dans langage commun à partir de cadres théoriques et de la vision macro, (3) de mobiliser des outils et des approches méthodologiques qui permettent de progressivement structurer l'OLS et qui pourront être utilisés par la suite au sein des OLS, (4) de proposer un soutien juridique pour concevoir ou réviser les statuts (en fonction du scénario choisi à l'étape "lancer la dynamique"). Ce deuxième scénario repose sur l'hypothèse qu'une équipe d'accompagnement (au niveau macro - régional) est opérationnelle dès le démarrage du processus de création des OLS. Celle-ci doit travailler en collaboration avec les autres acteurs du niveau macro, à commencer par l'AVIQ.

### ETAPE 4 : Rendre les OLS fonctionnelles en travaillant sur des projets concrets

La création des OLS va donc selon les scénarios choisis prendre plus ou moins de temps. En parallèle ou après sa création (dépendant une nouvelle fois des scénarios choisis), nous formulons l'hypothèse que pour construire une vision partagée et opérationnalisée, garder la motivation et l'engagement des membres de l'OLS et construire progressivement la confiance sur le territoire, les membres de l'OLS devront travailler sur des projets concrets qui apportent des résultats visibles à court termes pour les acteurs de terrain (Ansell & Gash, 2007). Ces projets concrets sont considérés comme des espaces d'expérimentation.

Nous formulons l'hypothèse que pour que ces projets concrets engendrent de petites victoires sur le territoire, les membres de l'OLS doivent profiter d'opportunités (ex : problématique capitale pour les acteurs, financements disponibles, réforme politique, etc.).

Le paysage politique actuel offre une série d'opportunités pour démarrer des projets concrets. Les membres des OLS pourraient décider de travailler sur la mise en place de parcours structurés (par exemple les parcours périnataux ou obésité infantile issus du PIF-ASI ; les parcours diabète et insuffisant rénaux issus des RML). Ils pourraient également s'intéresser à l'implémentation de nouvelles fonctions (par exemple : la fonction de case management issus du PIF-ASI). Ils pourraient encore s'intéresser aux partages de tâches entre différents acteurs du territoire (par exemple, les projets pilotes fédéraux qui concernent le rôle des pharmaciens dans la déprescription, et la vaccination, le New Deal pour la médecine générale, la réforme de la profession infirmière, le projet ergo 2.0 de la région wallonne, etc.).

Deux scénarios sont possibles au regard de ces projets concrets.

## SCÉNARIO 1

### Projets concrets comme des dossiers séparés

Le premier soutient que les membres des OLS vont considérer chacun de ces projets concrets comme des nouveaux dossiers déconnectés les uns des autres. Ils se fixeront alors comme objectifs de rendre les parcours fonctionnels, de développer une nouvelle fonction ou un rôle spécifique pour un métier particulier. Ces objectifs seront travaillés avec les acteurs porteurs des différents dossiers sans forcément chercher un ancrage dans les réseaux locaux. Le risque de ce scénario, est de continuer à penser l'organisation des services social santé à partir de l'hôpital, et des structures spécialisées dans la prise en charge d'un groupe populationnel particulier (personnes âgées, personnes avec problème de santé mentale, avec maladie chroniques, etc). En corolaire, la première ligne d'accompagnement et de soins continue à avoir des difficultés pour se structurer. Ce premier scénario correspond à ce qui a été vécu dans les partenariats soins intégrés.

## SCÉNARIO 2

### Projets concrets comme des opportunités systémiques

Le deuxième scénario soutient que les différents projets concrets sont mobilisés par les membres de l'OLS dans le but de dynamiser les réseaux locaux intégrés dans des bassins de vie développant des actions en santé (combinant promotion de la santé, soins curatif, palliatifs et prévention). Ils ne font sens que s'ils permettent de clarifier, développer, et éventuellement adapter une architecture des services, centrée sur un réseau local au sein de bassin de vie avec en complément des parcours de soins et des fonctions spécifiques. Dans ce scénario, les différents projets sont donc étroitement ancrés au niveau des bassins de vie avec des dynamiques qui partiront de la première ligne d'accompagnement et de soins généraliste. Ce scénario invite les membres de l'OLS à structurer rapidement des bassins de vie.

### ETAPE 5 : Renforcer une dynamique apprenante

Quels que soit le scénario choisi à l'étape 4 "Rendre les OLS fonctionnelles en travaillant sur des projets concrets", nous formulons l'hypothèse que les OLS doivent devenir de véritables organisations apprenantes. Peter Senge parle de trois capacités d'apprentissage de base : clarifier les aspirations (mieux comprendre et adapter les objectifs et buts poursuivis) , engager des conversations réflexives (apprendre au travers de rencontres entre acteurs d'un territoire sur base de leurs propres expériences) et comprendre la complexité (sortir d'une logique où le seul type de connaissance recherché est l'identification de l'intervention efficace, au travers de recherche de liens causaux simples) (Senge et al., 2000).

Nous formulons l'hypothèse que travailler sur des projets concrets doit permettre aux membres des OLS d'entrer dans des cycles d'apprentissage dynamiques dans lesquels ils vont progressivement renforcer les trois capacités d'apprentissage citées précédemment.

Nous postulons également que la définition de résultats, permettant de "petites victoires", crée l'élan pour une coopération réussie. Ces petites victoires peuvent alors être réinjectées dans le processus de collaboration, encourageant ainsi un cercle vertueux de confiance et d'engagement (Ansell & Gash, 2007). Elles peuvent aussi renforcer le sentiment d'appartenance à l'OLS (Rondeaux & Pichault, 2012).

Ces cycles d'apprentissage comportent quatre étapes qui peuvent être répétées à l'infini (NHS, 2018).

#### Etape 5.1 : Planification - le développement du management populationnel

La première étape est celle de la planification. Durant cette étape, nous formulons l'hypothèse que les membres de l'OLS développent une compréhension commune de la situation sur laquelle ils souhaitent travailler. Pour ce faire, ils s'intéressent aux caractéristiques du territoire, aux caractéristiques et aux besoins de la population, aux ressources disponibles, aux caractéristiques d'utilisation de services (de santé, d'aide, ...) et aux opportunités. Cette étape demande de mobiliser des données et de développer une approche de management populationnel. Différents scénarios sont possibles.

## SCÉNARIO 1

### Management populationnel prédictif mais réductionniste, voire segmenté

Le premier scénario invite à rechercher les données les plus exhaustives et les plus parfaites possibles afin de pouvoir évaluer l'état de santé de la population, prédire des résultats en santé souhaités et anticiper les ressources nécessaires pour répondre de manière proactive à ces besoins (World Health Organization, 2023). Ce scénario demande d'avoir accès à une large quantité de données (entre autres, aux données médicales telles que les diagnostics et de pouvoir les relier aux schémas d'utilisation des soins de santé) (Wood et al., 2019). Ce scénario amène aussi à se limiter uniquement aux besoins, ressources, etc. qui sont « quantifiables » (hard data), et donc ignorer les caractéristiques de territoire, population ou services qui ne peuvent être documentées qu'au travers des connaissances tacites des acteurs (soft data), voire de leurs ressentis (warm data) (Gilson & World Health Organization, 2013).

Dans le contexte belge actuel, il semble difficile de pouvoir rassembler en une seule base de données l'ensemble des données nécessaires à l'élaboration d'un modèle prédictif. De plus, le risque des modèles prédictifs est de développer une logique d'actions verticale et linéaire. Cette logique invite à fragmenter la population en une série de sous-groupes aux caractéristiques particulières afin de désigner pour chacun de ces sous-groupes une intervention devant mener à un résultat précis (World Health Organization, 2023). Ces interventions conçues de manière verticale (pour un sous-groupe particulier ou une situation spécifique) rejoignent le scénario "Projets concrets comme des dossiers séparés" de l'étape 4. Elles peuvent être contre-productive pour le développement d'activités au sein de bassins de vie.

## SCÉNARIO 2

### Management populationnel réflexif, dans une logique d'universalisme proportionné

Le second scénario invite à démarrer le travail de terrain rapidement, en mobilisant les données disponibles afin de lancer des discussions. Les données quantitatives disponibles ne sont pas perçues comme la vérité. Elles sont enrichies, lors des discussions, par les différents points de vue des acteurs du terrain (données tacites) pour développer une compréhension commune de la situation. Dans ce scénario, les acteurs de terrain ne cherchent pas à anticiper toutes les éventualités (Laloux, 2015). À partir de la compréhension commune de la situation, ils formulent une série d'hypothèses de travail (théorie de changement) puis se concentrent sur le premier pas à réaliser (Laloux, 2015). Ce scénario soutient l'hypothèse que chaque projet mené est une opportunité pour progressivement améliorer la compréhension commune que les acteurs se font du territoire. Cette compréhension commune ne se limite pas à un segment de la population particulier. Elle s'intéresse à l'ensemble de la population et propose de faire varier l'intensité des moyens en fonction des besoins rencontrés. Ce scénario s'inscrit dans une logique d'universalisme proportionné. Et rejoint donc le deuxième scénario de l'étape 4 "Projets concrets comme des opportunités systémiques" car il ambitionne également de dynamiser les réseaux locaux et mettre en place des territoires vivants (bassins de vie).

### Etape 5.2 : Expérimentation - développement/ renforcement des collaborations sur le territoire

La seconde étape invite à passer à l'action et à expérimenter. Durant cette étape, nous formulons l'hypothèse que le passage à l'action va permettre aux acteurs du territoire de renforcer leurs collaborations, et de construire une compréhension partagée de la réalité de leur territoire. En effet, en menant des projets ensemble, les acteurs du territoire vont apprendre à mieux se connaître et à respecter leurs positions et leurs intérêts respectifs (D'Amour et al., 2008). Ils vont apprendre à compter sur les différentes expertises, affronter des conflits ensemble, prendre des responsabilités et rendre compte mutuellement des actions menées. Cela devrait progressivement renforcer leur confiance mutuelle (Bentzen, 2022). Ils seront également amenés à questionner les relations de pouvoir et les privilèges qui existent entre eux. Ils renforceront ainsi la légitimité de chacun. Les acteurs du territoire pourront ainsi entrer progressivement dans un cercle vertueux dans lequel la motivation partagée se construit à travers la confiance qui génère la compréhension mutuelle, qui à son tour génère la légitimité et finalement l'engagement (Emerson et al., 2012).

### Etape 5.3 : Evaluation – feedback

Lors de la troisième étape, le processus est analysé afin de vérifier la validité du plan et de déceler les signes de progrès et de réussite, ou les problèmes et les points à améliorer (NHS, 2018). Nous formulons l'hypothèse que le cercle vertueux, engendré lors de l'étape précédente, rend possible la remise en question de certaines hypothèses formulées lors de la planification en adoptant une posture ouverte. Il devient, dans ces conditions, possible de donner et recevoir du feedback en partageant des remarques constructives.

Nous postulons que cette étape d'évaluation doit servir à désigner le pas suivant ([voir étape 5.4](#)), enrichir leur compréhension commune du territoire mais doit également servir à partager les expériences de terrain avec d'autres (OLS ou niveau macro).

Différents scénarios sont possibles pour évaluer ce qui se vit sur le terrain.

## SCÉNARIO 1

### Évaluation sommative

Le premier scénario propose une évaluation sommative de l'intervention proposée. Ce scénario suit la même logique que [le premier scénario de l'étape 4 "Projets concrets comme des dossiers séparés"](#) et de [l'étape 5.1 "Management populationnel prédictif"](#). Il envisage chaque projet comme une intervention spécifique et invite à déterminer l'efficacité, la plus-value, et le mérite de celle-ci. Nous identifions un double risque. Le premier est d'utiliser un protocole d'évaluation inadapté au stade de développement de l'intervention. Cela peut étouffer l'adaptation et la créativité qui font partie intégrante du succès futur des interventions (Preskill & Beer, 2012). Ainsi, si les résultats sont positifs, les acteurs des projets risquent de s'en tenir au plan initial peu importe la façon dont change l'environnement qui les entoure (Preskill & Beer, 2012). Si les résultats sont négatifs, les décideurs politiques risquent d'abandonner prématurément le financement (Preskill & Beer, 2012). Or, on sait que les efforts complexes ont plus de chance d'aboutir à un véritable changement systémique sur le long terme (Preskill & Beer, 2012). Le second risque est d'évaluer les interventions comme une entité déconnectée du reste du système. De nombreuses évaluations de projets et programmes conduites ces 50 dernières années mènent au même constat : les projets et programmes mènent rarement à de larges changements (Patton et al., 2016). Leur efficacité est souvent isolée du reste du système ce qui leur permet de fonctionner de manière autonome et efficace mais limite leur impact plus large (Patton et al., 2016). De plus, même si leur efficacité a pu être démontrée, ces projets échouent souvent parce qu'ils sont opérationnalisés dans un système qui dysfonctionne (Patton et al., 2016).

## SCÉNARIO 2

### Évaluation développementale

Le second scénario propose d'envisager une évaluation qui soutient le développement des différents projets au sein de l'OLS. Cette évaluation soutient le développement des différents projets en les guidant pour qu'ils s'adaptent aux réalités émergentes et dynamiques dans un environnement complexe (Patton, 2010). Elle ne cherche pas à enfermer les projets ou programmes dans un modèle rigide car elle reconnaît l'importance de rester flexible dans un monde en perpétuel changement (Preskill & Beer, 2012). Elle se focalise sur l'innovation en explorant comment, pourquoi et avec quels effets les programmes sont conçus, mis en œuvre et comment ils évoluent, s'adaptent et répondent aux conditions internes et externes (Preskill & Beer, 2012). Cette approche évaluative a, en effet, comme principale responsabilité d'entraîner les acteurs des projets dans un processus d'apprentissage qui servira à adapter, affiner et changer l'innovation et cela grâce à une pratique réflexive (Patton et al., 2016). Cela implique de fournir l'espace, le temps et les ressources nécessaires au dialogue, à la réflexion, aux questionnements, à l'identification de croyances et à la mise en place de feedback (Preskill & Beer, 2012; Preskill & Torres, 2000).

### Étape 5.4 : Ajuster - Définir le cycle d'apprentissage suivant

La quatrième étape clôture le cycle, en intégrant l'apprentissage généré au cours du processus. Cette étape permet d'ajuster l'objectif, de changer les méthodes, de reformuler une théorie de changement, d'élargir le cycle d'apprentissage ou de passer une expérience à petite échelle à un plan de mise en œuvre plus vaste.

### ETAPE 6 : Structurer une gouvernance capable de prendre des décisions qui soutiennent la dynamique apprenante

Pour que ces cycles d'apprentissage puissent avoir lieu, des décisions doivent être prises à différents niveaux – bassins de vie, OLS et macro. La structure et la dynamique du décret promeuvent les principes de la gouvernance polycentrique en créant des « institutions imbriquées » (les bassins de vie, cœur du fonctionnement du système social-santé sont imbriqués dans et soutenus par les OLS, eux-mêmes rassemblés au niveau de l'IWPL pour échanger leurs expériences et construire des approches communes). Selon le Stockholm Resilience Center, cette forme de gouvernance renforce la résilience d'un système : 1) en offrant des opportunités d'apprentissage et d'expérimentation, 2) en permettant des niveaux de participation plus larges, 3) en améliorant la connectivité, 4) en créant de la modularité, 5) en améliorant le potentiel de diversité des réponses et 6) en intégrant de la redondance qui peut minimiser et corriger les erreurs de

gouvernance (Biggs et al., 2015).

Cependant, le degré auquel la structure de la gouvernance polycentrique peut renforcer la résilience d'un système dépend de l'opérationnalisation de la structure de gouvernance – autrement dit, de la manière dont chaque niveau s'intègre dans le niveau plus centralisé ou décentralisé.

Tenant compte de ces principes, nous formulons l'hypothèse que si les membres de l'OLS veulent mobiliser les différents projets dans le but de dynamiser les réseaux locaux et mettre en place des territoires vivants – bassins de vie (deuxième scénario de l'étape 4 "Projets concrets comme des opportunités systémiques"), la structure de gouvernance de l'OLS doit être un espace où les informations venant du niveau centralisé et du niveau plus décentralisé circulent et s'intègrent. Cette intégration de l'information doit permettre aux membres de l'OLS de coconstruire une vision du système dans son ensemble et de travailler l'équilibre entre différentes logiques : le renforcement des réseaux locaux, la structuration de parcours pour des situations spécifiques, le développement de fonction soutenant l'accompagnement de personnes vivant des situations complexes.

Par information venant du niveau plus centralisé et du niveau plus décentralisé, nous entendons, la vision macro et, entre autres, les objectifs de santé, les différents types de données / informations (hard, soft et warm) permettant le développement d'une compréhension commune du territoire, les feedbacks des différents projets, etc.

Finalement, nous formulons l'hypothèse qu'en élargissant la participation de différents acteurs, le lien entre la collecte d'informations (venant de différentes sources) et la prise de décision (partagée) peut être renforcé. Cette participation doit être entreprise de manière réfléchie pour en tirer tous les bénéfices et éviter les conséquences inattendues telles que la compétition et les conflits entre les différentes parties (Biggs et al., 2015).

Différents scénarios de modèles de gouvernance sont envisagés au niveau de l'OLS.

## SCÉNARIO 1

### Coordination

Le premier scénario envisage un modèle de gouvernance basé sur la coordination. Ce scénario peut s'avérer suffisant lorsque le degré de différenciation est faible (Axelsson & Axelsson, 2006). Par différenciation, Axelsson et Axelsson entend les différents rôles et tâches (différenciation fonctionnelle), les différents secteurs et organisations (différenciation structurelle et organisationnelle), les différents comportements, attitudes et orientations (différenciation culturelle). Un degré faible de différenciation peut donc être observé lorsque les différents projets sont considérés comme des dossiers déconnectés les uns des autres et qu'il y a peu d'interactions souhaitées entre les différents acteurs du système (scénario 1 "Projets concrets comme des dossier séparés" de l'étape 4). Dans ce modèle de gouvernance, une personne assure le rôle de coordinateur et occupe une position hiérarchique. Toutes les décisions et la communication concernant les décisions prises doivent systématiquement passer par le coordinateur (Axelsson & Axelsson, 2006). Ce scénario est le choix qui a été fait, entre autres, pour les réseaux 107. Différents risques ont été identifiés lors de l'évaluation de cette expérience (Darcis et al., 2022) : (1) les coordinateurs doivent constamment répondre à des attentes contradictoires car ils jouent le rôle de pivot entre les autorités et les acteurs de terrain, (2) ils sont responsables de la gestion mais sans avoir aucune autorité sur leurs partenaires car ce modèle hiérarchique est appliqué dans une gouvernance polycentrique, (3) ils s'efforcent d'atteindre des objectifs fixés par le niveau macro sans avoir les moyens pour y parvenir. Seuls dans cette position ambiguë, un sentiment de malaise s'est développé chez de nombreux coordinateurs, entraînant un fort taux de rotation ainsi que des vagues de démissions ou d'épuisement professionnel.

## SCÉNARIO 2

### Coopération

Le deuxième scénario reconnaît que le modèle de gouvernance polycentrique invite à sortir d'un modèle de coordination pour aller vers un modèle de coopération. Le modèle de coopération est reconnu comme efficace lorsque le degré de différenciation est élevé (Axelsson & Axelsson, 2006). Ce qui signifie, des projets portés par un grand nombre d'acteurs et d'organisation issus de différents secteurs, ayant des rôles et des tâches variées, des intérêts, des orientations, des comportements et des cultures organisationnelles différentes. La hiérarchie de gestion proposée dans la coopération agit comme un facilitateur de réseau et prend une posture de leadership basé sur la confiance. Cela rend possible une participation large qui inclut l'ensemble des acteurs concernés et garantit une grande diversité des points de vue (Bentzen, 2022). En effet, ce modèle permet aux partenaires d'explorer leurs différences de manière constructive et de trouver des solutions qui vont au-delà de leurs propres visions limitées de ce qui est possible (Bentzen, 2022). La hiérarchie de gestion commune a pour mission de renforcer les dynamiques au sein du réseau et d'apporter de la nourriture pour soutenir les prises de décisions.

## ETAPE 7 : S'appuyer sur une équipe opérationnelle pour développer une dynamique apprenante

A côté des décisions qui doivent être prises, entrer dans des cycles d'apprentissage dynamiques demande une série de compétences. En se basant sur différentes expériences vécues ces dernières années en Belgique (projets intégré, Brusano, eerstelijnzorgzone, Réseau santé mentale, etc.) qui ont été échangées lors d'une après-midi de réflexion organisée par l'UCLouvain, nous formulons l'hypothèse que ces compétences sont multiples. Il s'agit, tout d'abord, d'avoir une très bonne connaissance et conscience du système, des acteurs présents dans ce système et des interactions qu'il y a entre ces acteurs. Il s'agit ensuite à la fois de hard mais également de soft skills. Parmi les Hard skills, nous identifions, au minima, les compétences suivantes – (a) pouvoir soutenir le développement du management populationnel (dans une approche d'universalisme proportionné) ce qui demande des connaissances en santé publique, en organisation des systèmes de santé et en systémique, en gestion, collecte et analyse de données ; (b) pouvoir proposer des approches et outils méthodologiques permettant de mettre sur pied les mécanismes de feedback et d'évaluation ; (c) pouvoir repérer les opportunités ce qui demande d'être à la page et de comprendre les cadres réglementaires et financiers. Parmi les soft skills, nous identifions, au minima, les compétences suivantes : être capable de soutenir des dynamiques de groupe, de mobiliser l'intelligence collective du groupe, de gérer certaines tensions/ conflits, de communiquer adéquatement, d'être pédagogue, d'être créatif, de naviguer dans un environnement en perpétuel changement, etc.

Ces compétences ne sont pas celles attendues des acteurs de la santé et du social. Nous postulons que les acteurs de la santé et du social doivent être soutenus, dans ces cycles d'apprentissage. Deux scénarios différents sont envisagés. Le choix du scénario va dépendre des choix réalisés précédemment.

### SCÉNARIO 1

#### Compétences portées par le coordinateur

Le premier scénario va de pair avec un modèle de gouvernance basé sur la coordination (le premier scénario de l'étape 6). Il atteste que les compétences nécessaires pour entrer dans une dynamique apprenante sont apportées par une personne qui assure le rôle de coordinateur de l'OLS.

### SCÉNARIO 2

#### Compétences portées par une équipe multidisciplinaire

Le deuxième scénario va de pair avec un modèle de gouvernance basé sur la coopération (le second scénario de l'étape 6). Ce scénario soutient l'idée que les compétences nécessaires pour soutenir la dynamique apprenante sont multiples et ne peuvent être portées par une seule personne. Ce scénario propose donc de s'appuyer sur une équipe aux compétences multiples pour soutenir les acteurs du territoire dans la démarche apprenante. Pour que ce scénario soit possible, il faut pouvoir compter sur la mutualisation des ressources et des compétences présentes sur le territoire, ce qui rejoint l'hypothèse formulée à l'étape 1 "création des OLS" qui soutient que la fusion doit s'étendre à d'autres structures que celles prévues dans le décret (Consortia infirmier, RML et SISD).

## ETAPE 8 : Renforcer les compétences nécessaires à la dynamique apprenante

Les compétences citées ci-dessous sont pour la plupart des compétences qui ne s'enseignent pas sur les bancs de l'école. De plus, leurs contours va se préciser au fur et à mesure des avancées sur le terrain. Les équipes opérationnelles des OLS vont donc avoir besoin de développer ces compétences en chemin. Pour garantir une homogénéité entre les différentes OLS, nous postulons qu'il est nécessaire d'accompagner les OLS dans le développement de ces compétences et que cet accompagnement repose sur différents axes.

Premièrement, il s'agit de proposer un appui technique et à l'innovation. Cet appui doit permettre, en partenariat avec les équipes opérationnelles des OLS, de coconstruire des outils, et des méthodes qui s'appuient sur et encouragent l'innovation et mobilisent des approches novatrices. Il doit également soutenir le développement d'un dispositif pour faire le suivi et l'évaluation des innovations et des changements (autrement dit, un dispositif qui soutient l'étape 5.3 "Evaluation - feedback").

Deuxièmement, il s'agit de faciliter l'échange d'expériences et de pratiques entre les équipes opérationnelles des OLS. Pour ce faire, l'équipe d'accompagnement sera garante du développement d'espaces de confiance dans lequel il est possible de partager différentes perspectives, d'identifier les leviers / les moteurs de changements et les problématiques présents dans différents territoires afin de les travailler collectivement. Nous postulons que travailler la confiance entre les OLS est un élément capital. En effet, au vu des différences actuelles de dynamiques, de ressources et de compétences entre les territoires, il y a un risque que les OLS soient dans un premier temps dans une relation de compétition. Cette relation de compétition pourrait être renforcée par la manière dont on initie le changement (scénarios présentés à l'étape 1 "Création des OLS").

Troisièmement, il s'agit de développer des modules de formations continuées axés sur les compétences nécessaires aux équipes opérationnelles des OLS. Il s'agit également d'agir en amont en formant les professionnelles de la santé et les décideurs de demain, à gérer l'incertitude, aux notions de complexité et de pensée systémique, à développer une vision populationnelle, et à utiliser des outils puissants comme les statistiques pour entraîner une pensée réflexive.

Quatrièmement, les points qui précèdent doivent s'appuyer sur des données probantes. Il s'agit de développer une veille des recherches en première ligne. Il s'agit également d'orienter les recherches pour qu'elles répondent aux questionnements du terrain, en établissant des protocoles de recherche avec différents partenaires. A côté des recherches, il s'agit d'assurer une veille des politiques, des opportunités et des pratiques qui ont le potentiel d'être des moteurs de changement dans et pour les différents territoires. Ces différents éléments identifiés doivent être centralisés et diffusés à travers les différents dispositifs cités ci-dessus (appui technique et à l'innovation, échanges de pratiques, et formation) et doivent également alimenter les réflexions au niveau macro.

Différents scénarios sont possibles :

## SCÉNARIO 1

### Accompagnement limité dans le temps

Dans le premier scénario, l'accompagnement est envisagé comme quelque chose à durée limitée dans le temps. Il est envisagé comme la suite de l'accompagnement proposé dans le scénario "Cadre claire et appropriation" à l'étape 3. Il est porté par une équipe prête à être directement opérationnelle mais qui n'est pas spécifiquement dédié à cet accompagnement.

## SCÉNARIO 2

### Accompagnement continu

Dans le deuxième scénario, l'accompagnement est considéré comme quelque chose de continu à durée illimitée. Etant donné le caractère apprenant et adaptatif du processus, ce scénario considère qu'il sera toujours nécessaire de construire un socle commun aux différentes OLS, croiser les expériences et les pratiques, etc. Ce scénario encourage à structurer cet accompagnement. Le décret prévoit aujourd'hui une structure – l'IWPL qui rencontre ce scénario. Tout comme pour les OLS, nous postulons que pour structurer cet accompagnement et le rendre pérenne, il faut s'appuyer sur les ressources et les compétences existantes. L'IWPL doit donc dynamiser des partenariats avec d'une part différentes structures macro (par exemple, les centres d'expertise et de recherche, les détenteurs de données, les centres de formations, etc.) et d'autre part les OLS.

## ETAPE 9 : Développer une culture de changement et le soutien nécessaire

Cette étape n'en est pas vraiment une, car elle va se produire en parallèle des étapes précédentes. Elle part du postulat que "l'objectif initial d'une hiérarchie est toujours de permettre à ses sous-systèmes de mieux fonctionner" (Meadows, 2023). Selon D. Meadows, "pour qu'un système soit hautement fonctionnel, sa hiérarchie doit établir un équilibre entre le bien-être, les libertés et les responsabilités des sous-systèmes et de l'ensemble du système. Elle doit procurer un contrôle central suffisant pour assurer la coordination permettant au système d'atteindre son objectif, ainsi qu'une autonomie suffisante pour que tous les sous-systèmes parviennent à prospérer, fonctionner et s'autoorganiser" (Meadows, 2023). Autrement dit, les autorités administratives et politiques wallonnes doivent mettre en œuvre les conditions nécessaires au développement de l'IWPL, des OLS et in fine des bassins de vie, tout en s'assurant de garder comme balise l'atteinte du quintuple objectif et la résilience du système dans son ensemble.

Nous postulons que les autorités politiques et administratives doivent s'appuyer sur le processus d'implémentation sur le terrain pour adapter le cadre aux défis rencontrés dans une dynamique apprenante et adaptative et garantir la cohérence du cadre politique régional et fédéral. En effet, l'apprentissage et l'expérimentation par le biais d'une gestion adaptative et collaborative constituent un mécanisme important pour renforcer la résilience des systèmes. Ils garantissent la valorisation de différents types et de différentes sources de connaissances et leurs considérations lors de l'élaboration de solutions ce qui conduit davantage d'expérimentation et de prises des risques (Biggs et al., 2015). La mesure dans laquelle cela sera ressenti sur le terrain dépendra d'autres facteurs tels que le degré d'engagement de l'administration dans ce rôle et la profondeur de sa participation à l'élément d'apprentissage et d'expérimentation.

Ce cadre cohérent comprend, au minima, un cadre de gestion du rendement, un cadre de gouvernance pour des renseignements et des données interopérables et un cadre de financement, détaillés dans les paragraphes suivants.

### Cadre de gestion du rendement

Le cadre de gestion du rendement définit les priorités du système de santé, fixe des objectifs de santé cohérents avec la réalité de terrain qui serviront de balises à tous les niveaux et utilise des indicateurs pour suivre le rendement et atteindre les résultats souhaités en matière de santé.

Deux scénarios sont possibles.

## SCÉNARIO 1

### Cadre de gestion du rendement réductionniste

Dans ce scénario, le cadre de gestion du rendement est construit sur base d'objectifs de santé ciblés, principalement choisis car ils sont « mesurables » (par exemple, réduire de 15% la prévalence d'une activité physique insuffisante). La note conceptuelle "Un cadre méthodologique et une trajectoire pour définir, suivre et évaluer les objectifs de santé interfédéraux" a été construite dans ce sens par Sciensano, le KCE et l'INAMI. Ces objectifs ciblés invitent à cibler les efforts déployés sur ces objectifs. Ainsi, dans ce scénario, le système de santé se développe à travers une série de programmes et d'interventions verticales (par exemple, des parcours de soins pour une pathologie particulière, des activités de prévention ciblées sur une thématique particulière, etc.). Ce scénario rejoint donc le scénario "Projets concrets comme des dossiers séparés" de l'étape 4. Ces programmes et interventions sont désignés à l'aide de modèles prédictifs (scénario 1 de l'étape 5.1 "Management populationnel prédictif"). Les résultats générés permettent d'attester de l'atteinte des objectifs ciblés. Pour ce faire, ils sont évalués à l'aide d'une approche sommative (scénario 1 de l'étape 5.3). Le risque de cette approche est que les résultats ne correspondent pas toujours à ce qui est vraiment voulu pour le système (par exemple : l'ambition portée par le décret de répondre à l'ensemble des besoins social santé de la population vivant sur un territoire au départ de services de soins primaires renforcés et ancrés dans un bassin de vie) car ils se limitent à générer les résultats spécifiques.

## SCÉNARIO 2

### Cadre de gestion du rendement systémique

Ce second scénario reconnaît l'importance de poursuivre les bons objectifs car le comportement du système y est particulièrement sensible (Meadows 2023). Il soutient l'idée que si les objectifs sont mal définis, le système risque de fonctionner docilement pour produire un résultat qui n'est pas réellement visé ou souhaité (Meadows, 2023). Il invite donc à déterminer des objectifs, en acceptant que certains ne soient pas mesurables de manière complète par des indicateurs. Ces objectifs sont donc définis à partir de la transformation systémique visée (Meadows, 2023). Par exemple améliorer l'intégration entre activités curatives, de prévention de maladies, et de promotion de la santé au travers de réseaux locaux dans des bassins de vie. Le système de santé se développe alors en mobilisant chaque projets / opportunités dans une logique transformative systémique (scénario 2 de l'étape 4 "Projets concrets comme des opportunités systémiques"). Cela demande d'entrer dans un pilotage dynamique qui repose sur une série d'hypothèses qui seront expérimentée au fur et à mesure du développement de l'OLS (scénario 2 de l'étape 5.3 "Evaluation développementale"). Ces hypothèses et les actions permettant de les expérimenter sont définies à partir d'une analyse réflexive sur les différents territoires (scénario 2 de l'étape 5.1 "Management populationnel réflexif"). Le principal risque de cette approche est que les autorités politiques et administratives doivent accepter que le changement prenne du temps, qu'il n'est pas linéaire et qu'il ne se mesure pas uniquement avec des indicateurs de résultats.

### Cadre de gouvernance pour des renseignements et des données interopérables

Quel que soit le cadre de gestion du rendement choisi, il demande de s'appuyer sur des informations provenant de sources multiples. D. Meadows soutient que "Les flux d'informations manquants figurent parmi les causes les plus courantes du mauvais fonctionnement d'un système" (Meadows, 2023). Elle insiste sur l'importance de réintroduire l'information manquante à l'endroit approprié dans le système (Meadows, 2023). Nous postulons donc que les autorités politiques et administratives doivent garantir le développement d'un cadre de gouvernance pour des renseignements et des données interopérables. Nous soutenons que la mise en place d'un système de renseignement interopérable a des répercussions au différents niveaux du système. Un outil de partage d'information facilite le travail multidisciplinaire et améliore la qualité de l'accompagnement de la personne, au niveau où les acteurs de la santé et du social interagissent avec les citoyens et les communautés (niveau micro). Le développement d'outils et de méthodes utiles au management populationnel permet, au niveau méso, une meilleure compréhension de la population desservie, de ses besoins, de l'adéquation de l'offre au niveau des OLS. Il alimente également, au niveau macro, la définition du cadre et, entre autres, des objectifs de santé. Le développement d'un cadastre de l'offre de services disponibles sur le territoire améliore la lisibilité de l'offre et facilite également le travail multidisciplinaire (entre autres, l'orientation des personnes vers le service qui leur correspond). Il permet également d'analyser la disponibilité de l'offre à l'échelle d'un territoire locorégional ou de la région entière.

Les scénarios possibles suivent la même logique que les scénarios énoncés, entre autres, dans le cadre de gestion du rendement.

## Cadre de financement

A côté du cadre de gestion du rendement et du cadre de gouvernance pour des renseignements et des données interopérables, la cohérence du cadre politique demande également d'aligner les mécanismes de financement et les incitatifs aux nouveaux paradigmes portés par le décret. Deux scénarios sont envisagés.

### SCÉNARIO 1

#### Réforme du financement anticipée

Dans ce scénario, la réforme du financement précède les changements de pratiques collaboratives. Ce scénario soutient l'idée qu'il faut commencer par réformer le financement pour amener un changement de pratiques de collaborations entre prestataires.

### SCÉNARIO 2

#### Réforme du financement incrémentale

Dans ce scénario, la réforme du financement accompagne les changements de pratique. Autrement dit, les mécanismes de financement changent progressivement, au fur et à mesure que les collaborations s'établissent.

Le rapport KCE "Towards integrated care in Belgium" soutient le deuxième scénario. Suite à un large examen des réformes de paiement ayant eu lieu en Amérique du Nord et en Europe, les auteurs de ce rapport avancent que "la réforme des mécanismes de financement ne devrait pas être stratégiquement conçue et mise en œuvre simplement comme l'adoption d'un nouveau modèle de financement, mais plutôt comme une partie d'une transformation plus large du système de santé" (Lambert et al., 2022). Ils suggèrent qu'un des principaux moteurs pour créer les conditions nécessaires à la réforme du paiement est une refonte du processus de prestation des soins. Ils envisagent la réforme du financement de manière incrémentale.

Pour créer les conditions nécessaires à la mise en œuvre de la réforme du financement, les acteurs du système et les autorités politiques et administratives doivent questionner le but du processus de soins, structurer les équipes et les transitions entre elles (y compris la création de nouvelles fonctions si nécessaire), créer des protocoles multidisciplinaires et bâtir la confiance. Cette première étape rejoint **l'étape 5 "Renforcer une dynamique apprenante"** qui propose de partir de projets très concrets pour travailler sur des processus de soins et progressivement introduire une transformation dans le système.

Les conditions nécessaires à la mise en œuvre de la réforme du financement demandent, également, un soutien du niveau macro et, entre autres, de la part des décideurs politiques. Ce constat rejoint les éléments discutés, précédemment. Il s'agit (1) d'assurer des conditions telles que la disponibilité des données, une infrastructure juridique, du personnel qualifié en réforme des systèmes, et un soutien financier suffisant pour le développement du niveau méso ; (2) de construire une «atmosphère ou culture du système» propice au changement ; (3) de fournir une assistance technique (éviter la segmentation, investir du temps au début et se concentrer sur la connaissance expérientielle et tacite).

Elles demandent également de soutenir le renforcement des compétences sur le terrain ce qui rejoint **l'étape 8 "Renforcer les compétences nécessaires à la dynamique apprenante"**.

Elles demandent finalement, l'existence préalable et le développement d'une collaboration de confiance au sein d'un réseau avec une composante de soins primaires forte. Cela nécessite (1) l'établissement d'un leadership stable dans les différentes OLS (**étape 6 "Structurer une gouvernance"**), (2) un investissement initial pour améliorer la collaboration multidisciplinaire, renforcer et structurer la première ligne d'accompagnement et de soins, (3) la mise sur pied d'une équipe opérationnelle qui soutient les acteurs social santé du territoire (**étape 7 "S'appuyer sur une équipe opérationnelle"**).

## Conclusion

L'organisation du système de santé sur base territoriale est désormais une tendance internationale. Elle a pour objectif de soutenir le développement d'un système de santé plus résilient, entre autres, en travaillant à l'intégration des différents services social santé. Elle va de pairs avec le développement d'une première ligne généraliste (soins primaires) forte et structurée, qui s'engage dans une logique de responsabilité populationnelle basée sur le principe de l'universalisme proportionné.

En Belgique et plus spécifiquement en Wallonie, des avancées politiques, en faveur de cette réorganisation du système, sont observées ces dernières années. Le décret et le PIF-ASI sont les exemples les plus récents. Leurs analyses factuelles ont permis de mettre en évidence dix points d'attention à mobiliser pour construire la suite.

Sur base de ces points d'attention, une feuille de route a été esquissée. Elle propose neuf grandes étapes qui ne sont pas nécessairement séquentielle car certaines peuvent avoir un effet de renforcement de ce qui est prévu dans les étapes précédentes. A chacune de ces étapes, deux scénarios polarisés (top-down versus bottom-up, vertical versus horizontal, linéaire versus systémique, etc.) sont proposés. Ces scénarios mis bout à bout permettent de dessiner deux trajectoires de changement ayant une philosophie fondamentalement différente. Elles comportent chacune des risques. Rigidité, cloisonnement, fragmentation, pilotage linéaire pour la trajectoire dessinée à partir des premiers scénarios. Souplesse, inégalité entre territoires, lenteur pour la trajectoire dessinée à partir des deuxièmes scénarios. Nous postulons que la trajectoire à dessiner pour la Wallonie doit s'inspirer de ces deux trajectoires pour en extraire les forces respectives et contourner les risques qu'elles peuvent chacune entraîner.

Ainsi, un grand nombre de choix doivent être posés par le nouveau gouvernement pour concrétiser la mise en œuvre de la territorialisation en Wallonie. Ces choix peuvent être guidés par la feuille de route. Elle reste cependant théorique. Il nous semble essentiel que ces scénarios soient explorés et discutés avec les différentes parties prenantes afin de construire ensemble la suite. Finalement, la Wallonie, n'étant pas précurseur en la matière, aura l'avantage de pouvoir s'inspirer et apprendre des expériences conduites dans d'autres régions et pays. En intégrant les leçons apprises par d'autres, et en coconstruisant le changement avec les différentes parties prenantes, le processus devrait être facilité.

## Bibliographie

- Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health—A conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
- Bentzen, T. Ø. (2022). The tripod of trust : A multilevel approach to trust-based leadership in public organizations. *Public Management Review*, 1-23. <https://doi.org/10.1080/14719037.2022.2132279>
- Biggs, R., Schlüter, M., & Schoon, M. L. (Éds.). (2015). *Principles for Building Resilience : Sustaining Ecosystem Services in Social-Ecological Systems*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CB09781316014240>
- Charles, A. (2022). *Integrated care systems explained : Making sense of systems, places and neighbourhoods*. The Kings Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained>
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). *Intégration des soins : Dimensions et mise en œuvre*.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodríguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- Darcis, C., Schoenaers, F., & Thunus, S. (2022). The Belgian mental health reform : When a combination of soft instruments hampers structural change. *Governance*, 35(2), 437-456. <https://doi.org/10.1111/gove.12608>
- Décret relatif à l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins (2024). [https://nautilus.parlement-wallon.be/Archives/2023\\_2024/PARCHEMIN/1673.pdf](https://nautilus.parlement-wallon.be/Archives/2023_2024/PARCHEMIN/1673.pdf)
- Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An Integrative Framework for Collaborative Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1-29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
- Gautier, S., & Josseran, L. (2024). How Primary Healthcare Sector is Organized at the Territorial Level in France ? A Typology of Territorial Structuring. *International Journal of Health Policy and Management*, 13, 8231.
- Geels, F. (2002). Technological transitions as evolutionary reconfiguration processes : A multi-level perspective and a case-study. *Research Policy*, 31(8-9), 1257-1274. [https://doi.org/10.1016/S0048-7333\(02\)00062-8](https://doi.org/10.1016/S0048-7333(02)00062-8)
- Geels, F. (2004). From Sectoral Systems Of Innovation To Socio-Technical Systems : Insights About Dynamics And Change From Sociology And Institutional Theory. *Research Policy*, 33, 897-920. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2004.01.015>
- Geels, F., & Kemp, R. (2007). Dynamics in Socio-Technical Systems : Typology of Change Processes and Contrasting Case Studies. *Technology in Society*, 29, 441-455. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2007.08.009>
- Gilson, L. & World Health Organization. (2013). *Health policy and system research : A methodology reader : The abridged version*. World Health Organization.
- Ham, C., & Alderwick, H. (2015). *Place-based systems of care—A way forward for the NHS*. The king's fund.
- Huber, M., Jung, H. P., & Brekel-Dijkstra, K. van den. (2022). *Handbook positive health in primary care : The Dutch example / Machteld Huber, Hans Peter Jung, Karolien van den Brekel-Dijkstra*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Kivisaari, S., Saari, E., Lehto, J., Kokkinen, L., & Saranummi, N. (2013). System innovations in the making : Hybrid actors and the challenge of up-scaling. *Technology Analysis & Strategic Management*, 25(2), 187-201. <https://doi.org/10.1080/09537325.2012.759202>
- Laloux, F. (2015). Reinventing organizations : *Vers des communautés de travail inspirées*. Diateino. <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/1969824>
- Lambert, A.-S., Op de Beeck, S., Van Innis, A. L., Vandenbroeck, P., De Groote, J., Schoonaert, L., Vercruyse, H., Vlaemynck, M., Bourgeois, J., & Lefèvre, M. (2022). *Towards integrated care in Belgium : Stakeholders' view on maturity and avenues for further development*.
- Meadows, D. (2023). *Pour une pensée systémique*. Rue de l'échiquier.
- NHS. (2018). Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement. *London: NHS*.
- Nundy, S., Cooper, L. A., & Mate, K. S. (2022). The Quintuple Aim for Health Care Improvement : A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*, 327(6), 521-522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
- Patton, M. Q. (2010). *Developmental evaluation : Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. Guilford press.

- Patton, M. Q., Mckegg, K., & Wehipeihana, N. (2016). State of the art and practice of developmental evaluation. *Developmental evaluation exemplars*, 1-24.
- Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés (2023). [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan\\_interfederal\\_soins\\_integres\\_rapport\\_final\\_interfederaal\\_plan\\_geintegreerde\\_zorg\\_protocolo\\_08112023.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_interfederal_soins_integres_rapport_final_interfederaal_plan_geintegreerde_zorg_protocolo_08112023.pdf)
- Preskill, H., & Beer, T. (2012). *Evaluating social innovation*.
- Preskill, H., & Torres, R. T. (2000). The learning dimension of evaluation use. *New directions for evaluation*, 2000(88), 25-37.
- Rondeaux, G., & Pichault, F. (2012). Managers en quête de sens : L'identité organisationnelle comme boussole? *Revue internationale de psychosociologie*, 18(3), 45-76.
- Saulnier, D. D., Duchenko, A., Otilie-Kovelman, S., Tediosi, F., & Blanchet, K. (2023). Re-evaluating Our Knowledge of Health System Resilience During COVID-19 : Lessons From the First Two Years of the Pandemic. *International Journal of Health Policy and Management*, 12(Issue 1), 1-18. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6659>
- Senge, P., Roberts, C., Ross, R., Smith, B., & Kleiner, A. (2000). *La cinquième discipline*. First Interactive.
- Sethuram, C., McCutcheon, T., & Liddy, C. (2023). An environmental scan of Ontario Health Teams : A descriptive study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 225.
- Stanciu, M. A., Law, R.-J., Myres, P., Parsonage, R., Hiscock, J., Williams, N., & Wilkinson, C. (2020). The development of the Primary Care Clusters Multidimensional Assessment (PCCMA) : A mixed-methods study. *Health Policy*, 124(2), 152-163. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.004>
- WHO Regional Office For Europe. (2022). *Primary health care : Making our commitments happen. Realizing the potential of primary health care : Lessons learned from the COVID-19 pandemic and implications for future directions in the WHO European Region*. <https://www.who.int/europe/publications/item/WHO-EURO-2022-5173-44936-63926>
- Wood, R., Murch, B., & Betteridge, R. (2019). A comparison of population segmentation methods. *Operations Research for Health Care*, 22, 100192.
- World Health Organization. (2008). Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais. *The world health report 2008 : primary health care now more than ever*, 125.
- World Health Organization. (2023). *Population health management in primary health care : A proactive approach to improve health and well-being : Primary health care policy paper series*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

## Annexes

### Annexe 1 – les sept principes de la résilience

#### Maintenir la diversité et la redondance

Les systèmes comportant de nombreux éléments différents (par exemple des acteurs, des compétences, ou des sources de connaissances) sont généralement plus résistants que les systèmes comportant peu d'éléments. La redondance fournit une «assurance» au sein d'un système en permettant à certains composants de compenser la perte ou la défaillance d'autres composants. La redondance est encore plus précieuse si les différents composants réagissent différemment aux changements et aux perturbations (diversité des réponses).

#### Gérer la connectivité

Dans tout système, la connectivité fait référence à la nature et à la force des interactions entre les différents composants. La connectivité peut influencer la résilience des services écosystémiques de différentes manières. Des niveaux élevés de connectivité entre différents groupes sociaux peuvent accroître le partage d'informations et contribuer à instaurer la confiance et la réciprocité. La gestion de la connectivité est un défi et dépend du contexte : 1) cartographier la connectivité, 2) identifier les éléments et les interactions importants, 3) restaurer la connectivité, 4) optimiser les patterns de connectivité actuels.

#### Gérer les variables lentes et les retours d'information

Dans un monde qui évolue rapidement, la gestion des variables lentes et des rétroactions est souvent cruciale pour que les systèmes socio-écologiques restent «configurés» et fonctionnent de manière à produire des services écosystémiques essentiels. Si ces systèmes passent à une configuration ou à un régime différent, il peut être extrêmement difficile d'inverser la tendance.

### **Favoriser la réflexion sur les systèmes adaptatifs complexes**

Bien que la réflexion sur les systèmes adaptatifs complexes n'améliore pas directement la résilience d'un système, le fait de reconnaître que les systèmes socio-écologiques reposent sur un réseau complexe et imprévisible de connexions et d'interdépendances constitue la première étape vers des mesures de gestion susceptibles de favoriser la résilience.

### **Encourager l'apprentissage**

L'apprentissage et l'expérimentation par le biais d'une gestion adaptative et collaborative constituent un mécanisme important pour renforcer la résilience des systèmes socio-écologiques. Il garantit que différents types et sources de connaissances sont valorisés et pris en compte lors de l'élaboration de solutions et conduit à une plus grande volonté d'expérimenter et de prendre des risques.

### **Élargir la participation**

Une participation large et efficace, impliquant une diversité de parties prenantes, permet d'instaurer la confiance, de créer une compréhension commune et de découvrir des perspectives qui pourraient ne pas être acquises dans le cadre de processus décisionnels plus traditionnels.

### **Promouvoir une gouvernance polycentrique**

La collaboration entre les institutions et les échelles améliore la connectivité et l'apprentissage entre les échelles et les cultures. Des structures de gouvernance bien connectées peuvent rapidement faire face aux changements et aux perturbations parce qu'elles sont traitées par les bonnes personnes au bon moment.