

**Appel à projets : « Développement
d'un modèle d'organisation territoriale
à l'échelle méso pour une approche en
santé intégrée »**



AVIQ



**Wallonie
Relance**

Table des matières

Table des matières.....	2
1. Contexte de l'appel à projets.....	3
1.1. Transformation visée	3
1.2. Objectif de l'appel.....	4
1.3. Les OLS : un modèle au service de la transformation du système de santé.....	4
1.4. Cadre réglementaire et mise en œuvre.....	6
2. Appel à projets	6
2.1. Philosophie de l'appel à projet	6
2.2. Acteurs concernés par l'appel à projet	7
2.3. Phasage.....	7
3. Modalités de candidature	11
4. Critères de recevabilité.....	12
4.1. Porteurs de projets éligibles	12
4.2. Recevabilité de la demande.....	12
5. Critères d'évaluation.....	12
5.1. Éléments descriptifs du consortium(65points).....	13
5.2. Qualité globale du projet (25 points).....	13
5.3. Adéquation du budget prévisionnel au budget prévu (10 points)	13
6. Sélection des candidatures.....	13
6.1. Modalités de sélection.....	13
7. Modalités de financement et dépenses éligibles.....	14
7.1. Modalités de financement	14
7.2. Dépenses éligibles.....	15
8. Implémentation du cadre organisant le niveau méso de la première ligne.....	15
9. Obligations requises pour la mise en œuvre	16
9.1. Respect de la législation	16
9.2. Autres obligations :	21
10. Références légales	21
11. Annexe	21
Annexe 1 : Missions du niveau méso du protocole d'accord conclu entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution,	21
relatif à la politique de santé : Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés	21
Annexe 2 : Définition du terme vulnérabilité	23
Annexe 3 : Guide d'utilisation pour le guichet en ligne de l'AVIQ.....	23

1. Contexte de l'appel à projets

1.1. Transformation visée

L'appel à projets s'inscrit dans une dynamique de transformation du système de santé en Wallonie, impulsée par le développement d'une approche territoriale intégrée. Cette transformation s'articule autour du **quintuple objectif**, qui guide les actions vers un équilibre entre :

- l'amélioration de la santé de la population ;
- l'utilisation adéquate des ressources ;
- l'équité dans l'accès aux services et aux résultats en santé ;
- l'expérience vécue par les citoyens ;
- et le bien-être des professionnels du secteur social-santé.

L'**approche territoriale** a pour ambition première de mieux coordonner l'accompagnement des personnes, en tenant compte de leur réalité de vie, de leur environnement social et de leur ancrage communautaire. Elle repose sur un **renforcement des soins primaires**, considérés comme la porte d'entrée du système. Les prestataires généralistes – médicaux, paramédicaux et sociaux – sont ainsi appelés à élargir leur rôle, en développant une **responsabilité collective** envers la population de leur territoire. Organisés en équipes ou en réseaux, ils deviennent des acteurs de proximité essentiels, capables de répondre à la majorité des besoins sociaux et de santé, en tenant compte des déterminants locaux de santé et en adaptant l'intensité des interventions selon les situations, conformément au principe de **l'universalisme proportionné**. Ce changement de paradigme dans l'organisation du système est une réponse aux inégalités sociales et territoriales de santé que nous observons encore aujourd'hui. Il doit également permettre au système de développer sa capacité d'action et son agilité face aux différents contextes, tout en renforçant sa **robustesse** pour faire face aux enjeux actuels et futurs.

Les soins primaires s'inscrivent dans une logique de **partenariat durable** avec les personnes, en prenant en compte leur contexte familial, communautaire, environnemental et social. Ce choix stratégique s'aligne avec une **conception élargie de la santé**, qui reconnaît que toute amélioration durable repose sur la création et la préservation d'**écosystèmes de vie favorables** : accès au logement, à l'éducation, à un environnement de qualité, une alimentation saine, à un revenu décent, à l'équité, etc. Dans cette perspective, les soins primaires jouent un rôle majeur dans la **promotion de la santé et la prévention**, contribuant activement à la cohésion sociale sur le territoire et au développement d'une santé positive collective.

Par ailleurs, cette approche territoriale encourage la collaboration inter-organisationnelle et intersectorielle. Les acteurs de soins primaires sont ainsi mieux positionnés pour se concerter avec les structures spécialisées, capables d'apporter un appui face à des situations complexes (situations où une combinaison de facteurs médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques crée un contexte susceptible de perturber la prise en charge, d'en compliquer la coordination, voire d'entraîner une dégradation imprévisible de l'état de santé) ou nécessitant des

connaissances et des technologies spécifiques. L'approche territoriale vise donc également le décloisonnement entre les secteurs et les lignes de soins, encourageant la complémentarité entre prestataires et organisations, pour une réponse plus collective, coordonnée et robuste pour l'ensemble de la population.

L'approche territoriale s'organise à travers **trois niveaux imbriqués**. Ces niveaux correspondent à **trois échelles de territoire** qui s'emboîtent de manière cohérente pour renforcer le système.

- Le **niveau micro** est au cœur du système de santé. Il s'organise sur un territoire local appelé **bassin de vie** qui correspond au territoire de proximité où les habitants accèdent aux services les plus courants. C'est à ce niveau que s'opère l'articulation entre les soins primaires, les acteurs locaux (sociaux, éducatifs, etc.) et les citoyens, pour soutenir le développement d'écosystèmes de vie favorables. Ce niveau couvre entre 10.000 et quelque dizaine de milliers de personnes.
- Le **niveau de 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. Il s'agit de décloisonner les secteurs, de favoriser la complémentarité entre acteurs et de coconstruire l'organisation des services autour d'un paquet cohérent et pertinent. Ce niveau doit être suffisamment large pour intégrer l'ensemble des ressources nécessaires, tout en restant à une échelle où les enjeux et priorités locales restent compréhensibles.
- Le **niveau macro** s'organise à l'échelle d'une **région** voire d'un pays. Il a la responsabilité de créer un environnement politique propice, en soutenant les dynamiques locales et locorégionales à travers des politiques publiques cohérentes, des cadres réglementaires adaptés, et un appui structurant à la gouvernance territoriale.

1.2. Objectif de l'appel à projets

L'objectif principal de cet appel à projets est de développer un modèle d'organisation territoriale à l'échelle méso pour une approche en santé intégrée. Ce niveau intermédiaire, clé dans l'articulation entre les dynamiques locales et les orientations régionales, est mis en œuvre à travers des **consortiums d'acteurs transitoires**, appelés à évoluer progressivement vers les **Organisations Locorégionales de Santé (OLS)**.

1.3. Les OLS : un modèle au service de la transformation du système de santé

Les Organisations locorégionales de santé sont conçues comme **des systèmes vivants et adaptatifs**, dotés d'une capacité à organiser, coordonner et réguler leurs activités internes tout en répondant aux besoins complexes de leur environnement. Leur mission est d'organiser, de manière **intégrée et équilibrée**, un ensemble d'activités opérationnelles réparties sur deux axes complémentaires.

L'axe horizontal regroupe les activités de **renforcement des soins primaires** et de **soutien aux dynamiques locales** visant à construire des écosystèmes de vie favorables à la santé. Cet axe travaille, entre autres, les aspects suivants :

- L'**accessibilité aux soins et services** qui est définie comme la facilité avec laquelle un citoyen peut obtenir les soins ou services répondant à ses besoins. Cela implique la réduction des obstacles géographiques, économiques, individuels, relationnels, socioculturels et organisationnels. Il s'agit également de proposer des démarches proactives vers les publics éloignés du système et lutter contre le non-recours (non-connaissance + non demande + non accès).
- L'**adaptation aux besoins de la population** et la **priorisation** de ces besoins dans une logique d'universalisme proportionné.
- La **coordination et la continuité des services** qui renvoie à la capacité de mobiliser de façon synchronisée les acteurs social santé dans une perspective de collaboration, pour répondre de manière fluide et cohérente aux besoins des citoyens dans un parcours impliquant plusieurs ressources et étapes dans le temps. Il s'agit de développer des fonctions spécifiques ajustées aux réalités du territoire.
- L'**équité en santé** qui implique l'absence d'inégalités injustes et évitables dans l'accès aux services social santé. Elle suppose une adaptation de l'offre en fonction des désavantages sociaux, pour permettre à tous les groupes de population d'atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être. Elle invite à travailler sur les déterminants de santé (isolement/ lien social, logement, urbanisme, environnement, alimentation, etc.).

L'**axe vertical** comprend les actions de **structuration de programmes inter-organisationnels et intersectoriels**, permettant de répondre à des situations spécifiques et complexes en garantissant une prise en charge continue, coordonnée et sans rupture.

Ces deux axes constituent ensemble le **cœur opérationnel de l'OLS**. Chaque bassin de vie ou programme développé dans ce cadre agit comme une **unité autonome**, capable de s'autoorganiser, de répondre à des besoins identifiés localement, et de produire des effets tangibles à court terme. Cette autonomie est cependant encadrée par des mécanismes de coordination et de pilotage qui garantissent la **cohérence d'ensemble** et l'**alignement stratégique** avec les objectifs de transformation du système de santé.

Pour assurer cette cohérence, les consortiums développent des **fonctions de soutien transversales** qui visent à :

- **Soutenir et coordonner le partenariat**
Cette fonction vise à établir un cadre relationnel stable et coopératif, en favorisant la communication, la confiance, la reconnaissance mutuelle et l'engagement. Elle joue un rôle de **régulation** entre les différentes unités opérationnelles.
- **Accompagner la transformation et structurer le processus de décision collaboratif**
Cette fonction relève du **pilotage interne**, en assurant une vision partagée, un équilibre entre les activités dédiées à l'axe horizontal et vertical, une allocation pertinente des ressources et une organisation efficace de la coopération à l'échelle du territoire.
- **Développer un système apprenant et soutenir les pratiques réflexives**
Cette fonction renforce la capacité du consortium à **apprendre de son environnement**, à anticiper les évolutions, et à orienter ses actions selon une **approche en santé populationnelle**, en s'appuyant sur l'analyse de données, l'évaluation continue et l'échange de pratiques inspirantes. Cette fonction invite également à **regarder vers l'extérieur** de l'OLS et vers le futur. Elle **comprend une veille stratégique** (politiques de santé, financements, innovations, partenariats potentiels...), la **recherche d'opportunités de développement** (nouveaux services, appels à projets, collaborations intersectorielles...), l'**adaptation de la stratégie** en fonction de l'environnement externe.

- **Assurer l'intégration systémique et l'alignement stratégique**
Cette fonction assure la cohérence entre les activités opérationnelles et la vision globale. Elle veille à maintenir une **identité commune**, une **finalité claire**, et une **orientation politique** du consortium en lien avec les valeurs et la transformation visée du système de santé.
- **Organiser la gestion de l'information et du feedback**
Cette fonction assure la bonne **circulation de l'information** entre les différentes unités autonomes, et entre les partenaires du consortium d'acteurs transitoires. Elle balise les flux d'informations qui doivent circuler entre le niveau locorégional et les bassins de vie et entre le niveau locorégional et le niveau régional. Elle assure la mobilisation de ces informations dans les prises de décisions et soutient donc les autres fonctions de soutien transversales.

1.4. Cadre réglementaire et mise en œuvre

La transformation visée est balisée par le cadre légal suivant.

Le développement des programmes interfédéraux de soins intégrés a pris forme le **8 novembre 2023**, lors de la Conférence interministérielle de la santé, qui a abouti à un **protocole d'accord relatif au Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés**. Publié au Moniteur belge du 26 février 2024, ce plan vise à instaurer une politique durable et mieux coordonnée des soins intégrés, en tenant compte des spécificités et asymétries éventuelles entre les entités fédérées. La coopération à différents niveaux est le fondement de cette initiative.

Le **25 avril 2024**, le Parlement wallon a adopté un **décret** structurant l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins en trois niveaux : niveau micro, méso et macro. Cette organisation en trois niveaux vise à renforcer la réactivité et la robustesse du système de santé, tout en améliorant son attractivité auprès des professionnels et des bénéficiaires. Le niveau méso joue un rôle central dans la coordination des acteurs, devenant ainsi un levier clé de la transformation.

Le **6 juin 2024**, le Gouvernement wallon a approuvé un **Arrêté** définissant les territoires des OLS.

Le **27 septembre 2024**, une **convention** a été signée entre l'INAMI (via le comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité) et l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles (AVIQ). Cette convention encadre :

- L'organisation et le financement du programme « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure pendant les premiers 1000 jours ».
- Les engagements de l'AVIQ avec le Comité d'assurance.
- Les contributions de l'assurance maladie aux coûts des prestations et activités supplémentaires par rapport aux services existants.

Le **10 septembre 2025**, l'AVIQ lance cet appel à projets dans la région de langue française, dans le cadre du **Plan de Relance de la Wallonie (PRW)**, en partenariat avec l'autorité fédérale.

2. Appel à projets

2.1. Philosophie de l'appel à projets

La philosophie de l'appel à projets repose sur une **démarche expérimentale et réflexive**. Ce processus n'est pas linéaire, mais se veut **dynamique et apprenant**, avec une méthodologie souple qui peut

évoluer en fonction des besoins des consortiums d'acteurs transitoires et des spécificités des territoires. Ce processus est encadré par un **plan d'implémentation** mis à la disposition des consortiums au démarrage de ceux-ci.

Les consortiums d'acteurs transitoires sont accompagnés tout au long du processus par :

- Des agents de l'AVIQ, chargés d'assurer le suivi et la cohérence globale ;
- L'équipe Horizys, chargée des aspects scientifiques et méthodologiques ;
- Divers experts qui interviennent à l'un ou l'autre moment du processus ou dans une étape spécifique du projet pour répondre à un besoin précis.

Cette équipe d'accompagnement est garante de la cohérence et la qualité des actions mises en place. Elle propose un dispositif d'évaluation continue soutenant le développement des OLS. Ce dispositif permet de monitorer le changement, de rendre compte régulièrement des avancées de l'implémentation au travers du comité de pilotage décrit au point 8 et d'ajuster les cadres légaux et organisationnels nécessaires à l'évolution de l'approche.

Les livrables attendus pour ces étapes sont des ébauches amenées à évoluer au fur et à mesure de l'intégration des acteurs et des missions.

2.2. Acteurs concernés par l'appel à projets

L'appel à projets s'adresse à des **consortiums d'acteurs**, des ASBL dont les missions principales s'inscrivent pleinement dans les objectifs visés et au cœur de la première ligne d'accompagnement et de soins. Un consortium transitoire peut introduire sa candidature, à condition qu'un de ses membres assume la **responsabilité du projet et la gestion du financement**.

Au regard des objectifs de cet appel, il est recommandé que les consortiums réunissent des compétences variées, notamment en soins primaires, en promotion de la santé, en santé mentale ainsi qu'en accompagnement social.

Ce consortium a vocation à **s'élargir progressivement** au fil de son développement. Il veille à garantir une **représentation équilibrée des différents professionnels de l'accompagnement et des soins**, tout en intégrant la **diversité des points de vue** présents sur le territoire. Cette approche inclusive est essentielle pour assurer une gouvernance partagée et un ancrage territorial fort.

Chaque consortium s'organise à l'échelle de l'un des **10 territoires définis** par l'arrêté du Gouvernement wallon du 6 juin 2024 relatif à la définition des territoires des organisations locorégionales de santé (point 9.1.2).

2.3. Phasage

Le développement du niveau méso visé par cet appel à projets comporte **cinq étapes** :

- Réaliser une évaluation de la situation initiale ;
- Etablir un projet commun aux membres du consortium ;

- Rendre le consortium fonctionnel en travaillant sur des projets concrets ;
- Elaborer le modèle de gouvernance du consortium ;
- Renforcer une dynamique apprenante et adopter des pratiques réflexives.

Livrable(s) attendu(s) :

- *Rédaction d'un rapport dans lequel seront repris les chapitres suivants :*
 - « *Évaluation de la situation initiale* » ;
 - « *Projet commun* » ;
 - « *Projets concrets* » ;
 - « *Modèle de gouvernance* » ;
 - « *Dynamique apprenante et pratique réflexive* »

D'autres éléments sont susceptibles d'être ajoutés à cette liste de livrables selon les accords établis entre l'AVIQ et l'INAMI.

Etape 1 : Réaliser une évaluation de la situation initiale

Cette étape a pour objectif de coconstruire une compréhension commune du territoire et de questionner les dynamiques passées et actuelles, en s'appuyant sur l'analyse des projets déjà menés par les membres du consortium transitoire (le formulaire de candidature amorce cet exercice). Les exemples mentionnés seront également évalués au regard de diverses balises théoriques.

L'objectif est donc double :

- D'une part, développer une lecture commune du territoire en termes de caractéristiques de la population, de besoins identifiés et de l'offre de services existante ;
- D'autre part, interroger l'évolution des pratiques dans le temps afin d'identifier les freins et leviers à prendre en compte dans la perspective de transformation. Cela inclut également une réflexion sur l'écart entre la situation actuelle et la vision portée par le consortium, en tant que future OLS.

Cette évaluation initiale est le point de départ d'une pratique réflexive et apprenante au sein du consortium d'acteurs transitoire.

Livrable(s) attendu(s) :

- *Rédaction du chapitre « Evaluation de la situation initiale » qui comprend au minimum :*
 - *une description d'exemples de projets menés sur le territoire, entre autres, par les membres du consortium qui permettent de comprendre les dynamiques passées et actuelles ((1) cartographie des acteurs, de leurs interactions et des enjeux de pouvoirs ; (2) identification des pratiques/ modèles mentaux ; (3) identification des leviers d'actions) ; l'analyse de ces exemples et projets concrets au regard de différents cadre théoriques ;*
 - *une photographie du territoire en termes de caractéristiques de la population, de besoins et d'offre de services.*

Etape 2 : Etablir un projet commun aux membres du consortium

Cette étape permet de questionner la motivation des acteurs au sein du consortium et ce qu'ils souhaitent construire ensemble en tant que niveau méso du territoire. Il s'agit d'un moment d'appropriation et d'engagement réciproque, guidé par le plan d'implémentation guidant la réforme de la première ligne d'accompagnement et de soins. Cette étape est indispensable pour construire un climat de collaboration et développer un langage commun.

La vision et les valeurs identifiées à cette étape sont mobilisées dans les étapes suivantes et tout au long du processus pour s'assurer que les décisions prises s'inscrivent dans le cadre commun fixé. La vision et les valeurs sont amenées à être requestionnées et à évoluer dans le temps, si cela s'avère nécessaire.

Livrable(s) attendu(s) :

- Rédaction du chapitre « *Projet commun* » qui comprend au minimum :
 - o *l'identification des membres du consortium et ses partenaires, ainsi que ceux à intégrer pour mener à bien le projet ;*
 - o *un répertoire des valeurs principales et la signification que les acteurs mettent derrière chacune d'elles ;*
 - o *la vision partagée du niveau méso sur le territoire.*

Etape 3 : Rendre le consortium fonctionnel en travaillant sur des projets concrets

Pour avancer concrètement sur les deux axes d'activités opérationnelles, il est essentiel de **construire une vision partagée et opérationnelle**, tout en maintenant **la motivation, l'engagement et la confiance** des acteurs du territoire. Pour ce faire, le consortium d'acteurs transitoire devra s'appuyer sur **des projets concrets**, générant **des résultats tangibles à court terme**. Ces projets doivent être perçus comme **des leviers d'expérimentation**, porteurs de sens et directement connectés aux réalités locales.

Ainsi, le consortium identifie en fonction des caractéristiques et besoins de sa population :

- Au minimum **un territoire local** dans lequel travailler un ou plusieurs aspects de l'axe horizontal (accessibilité, adaptation & priorisation, coordination & continuité, équité) afin de développer un écosystème de vie favorable à la santé ;
- Au minimum les trois **programmes** de soins intégrés interfédéraux, dont le but est de répondre à des situations spécifiques et complexes en garantissant une prise en charge continue, coordonnée et sans rupture. Le programme « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure pendant les premiers 1000 jours » peut déjà être opérationnalisé. L'enjeu est de **saisir les opportunités existantes** – qu'il s'agisse de problématiques prioritaires identifiées par les acteurs, de financements disponibles ou de réformes politiques en cours – pour **développer des initiatives** susceptibles d'alimenter la transformation du système.

Ces projets, s'ils sont mobilisés stratégiquement, peuvent devenir des **laboratoires locaux de transformation**, au service de la construction progressive d'un système de santé plus intégré et équitable.

Livrable(s) attendu(s) :

- Rédaction du chapitre "Projets concrets" qui comprend au minimum :

- l'identification des projets concrets choisis pour rendre l'OLS fonctionnelle ;
- la justification de ce choix sur la base de :
 - l'approche en santé populationnelle pour identifier les domaines d'actions prioritaires et identifier les publics cibles prioritaires ;
 - l'analyse réflexive sur l'imbrication du projet concret dans le système OLS ;
 - l'identification des opportunités ;
- l'identification des acteurs concernés par le projet ;
- la construction d'un plan dynamique d'actions en différentes étapes en gardant la possibilité d'adapter ce plan au cours du processus d'apprentissage ;
- la construction d'un dispositif de suivi et d'évaluation permettant de soutenir le développement du projet.

Etape 4 : Elaborer le modèle de gouvernance du consortium

Cette étape s'appuiera sur les constats des étapes 1, 2 et 3, afin d'élaborer le modèle d'organisation et de gouvernance du consortium qui représentent le niveau méso du territoire, y compris les interactions avec ses partenaires. Cette gouvernance tiendra compte du plan d'implémentation et devra être cohérente avec la transformation visée.

Livrable(s) attendu(s) :

- Rédaction du chapitre « Modèle de gouvernance » qui comprend au minimum :
 - une description du modèle d'organisation du consortium et le processus qui a permis d'y parvenir, y compris les conventions de collaboration éventuelles entre les membres. Ces conventions devront préciser explicitement :
 - l'institution coordinatrice ;
 - les membres du consortium (avec leur statut juridique, n° d'entreprise, coordonnées bancaires, siège social, siège administratif, n° de TVA) ;
 - le rôle et les tâches de chaque membre du consortium.
 - un budget prévisionnel global ;
 - la composition des organes de gouvernance ;
 - les règles de fonctionnement ;
 - les mécanismes de résolution de conflits ;
 - les procédures de prises de décision ;
 - la définition des rôles et des responsabilités des acteurs ;
 - une description des modalités permettant au consortium d'interagir avec ses partenaires, en particulier avec les réseaux hospitaliers et les hôpitaux du territoire.

Etape 5 : Renforcer une dynamique apprenante et adopter des pratiques réflexives

Cette étape a pour objectif d'instaurer une dynamique d'apprentissage et de promouvoir des pratiques réflexives au sein du consortium. Elle repose sur plusieurs dispositifs complémentaires :

- **Renforcement des compétences** : Ce dispositif s'adresse aux consortiums d'acteurs transitoires. Il se déploie à travers des modules de formation ciblés, ainsi qu'un accompagnement contextualisé dans les territoires. L'objectif est d'ancrer les concepts clés dans les réalités locales ;
- **Partage d'expériences** : Des espaces de réflexivité collective sont mis en place pour favoriser les échanges entre les consortiums. Ils permettent de valoriser des projets inspirants et

- d'interroger les adaptations nécessaires du cadre politique pour accompagner efficacement les dynamiques de transformation ;
- **Co-construction d'outils et de méthodologies** : Ce dispositif vise à développer collectivement les outils indispensables à la transformation souhaitée, parmi lesquels :
 - Des outils de suivi et d'évaluation ;
 - Des dispositifs de documentation des pratiques inspirantes ;
 - Des outils pour développer une approche de santé populationnelle ;
 - Des plans d'implémentation de programmes spécifiques.
- **Soutien à la réflexivité interne** : Ce dernier volet encourage les consortiums à documenter leur propre processus et à créer des espaces pour en tirer des enseignements.

L'ensemble de ces dispositifs requiert une participation active du consortium d'acteurs transitoire, condition essentielle à son déploiement optimal.

Livrable(s) attendu(s) :

- *Rédaction du chapitre "Pratique réflexive" qui comprend au minimum :*
 - *les enseignements de cette phase d'appel à projets ;*
 - *la description des compétences nécessaires pour développer le niveau méso et l'identification des compétences manquantes au sein du consortium ;*
 - *un retour sur l'évaluation des dispositifs d'accompagnement et de renforcement des compétences ;*
 - *la description des dispositifs de soutien à la réflexivité interne mis en place.*
- *Participation aux espaces de réflexivité entre consortiums ;*
- *Participation à la co-construction d'outils et de méthodologies.*

3. Modalités de candidature

L'acte de candidature doit être complété via le guichet en ligne de l'AVIQ au plus tard le 14 novembre 2025 à 23h59. Un guide d'utilisation décrit la procédure à suivre pour accéder au formulaire en ligne qui permet de déposer l'acte de candidature dans l'annexe 3 de ce document. Une prolongation de deux semaines peut être sollicitée à l'adresse DASAPL@aviq.be. La demande doit être justifiée, sa recevabilité sera évaluée par l'AVIQ.

Chaque membre du jury est susceptible de demander toute pièce complémentaire jugée utile dans le cadre de l'instruction du dossier. Tout au long de l'examen de sa demande, le porteur de projet doit être disponible pour d'éventuelles questions et demandes d'informations complémentaires.

Pour toutes informations complémentaires, les questions peuvent être adressées par mail à DASAPL@aviq.be.

Le candidat remet un acte de candidature en ligne en complétant le formulaire qui contient les volets suivants :

1. Volet 1 : Description administrative du consortium :
 - 1.1. Identification du consortium
 - 1.2. Identification de la structure responsable légalement
2. Volet 2 : Budget prévisionnel (année 1 et année 2)
3. Volet 3 : Description des membres du consortium
4. Volet 4 : Exemples de projets et initiatives
5. Volet 5 : Retour sur le processus de candidature

6. Volet 6 : Déclaration sur l'honneur

L'AVIQ accuse réception du projet automatiquement. Dès lors que le formulaire en ligne est dûment complété et soumis via le guichet en ligne, le candidat reçoit un mail de confirmation.

L'équipe d'accompagnement attire l'attention du candidat sur le fait que le dossier de candidature fait partie intégrante de la méthodologie prévue pour accompagner les territoires dans la structuration du niveau méso. Un formulaire est attendu par territoire.

4. Critères de recevabilité

4.1. Porteurs de projets éligibles

Le présent appel à projets est ouvert à tout consortium d'associations sans but lucratif (asbl) de première ligne, capable d'assurer l'ensemble des activités décrites dans cet appel à projets et disposant d'un ancrage suffisant au niveau méso de son territoire.

Le consortium transitoire, dont l'un des membres porte la responsabilité du financement et du projet, peut déposer sa candidature. Ce critère permet de développer la vision des soins intégrés, de partager les ressources et les responsabilités des missions en lien avec les besoins sociaux et de santé du territoire.

4.2. Recevabilité de la demande

La demande sera considérée recevable aux conditions suivantes :

- que la candidature soit déposée par un consortium d'asbl, dont les missions relèvent du secteur de la première ligne d'accompagnement et de soins, à l'exclusion de tout hôpital ou réseau hospitalier et de tout organisme assureur, et dont l'un des membres porte la responsabilité du financement et du projet ;
- que l'ensemble des informations visées au point 3 aient été transmises, par la procédure et dans le délai demandé au même point 3, par le candidat ;
- que l'ensemble du projet s'inscrive dans le cadre organisant la première ligne d'accompagnement et de soins (point 9.1.1) ;
- que le candidat s'engage à respecter le territoire d'exercice conformément au découpage présenté au point 9.1.2 ;
- que les membres du consortium transitoire ne soient pas en situation de faillite ou de réorganisation judiciaire ;
- que les membres du consortium transitoire ne présentent pas de conflits d'intérêts ;
- que l'acte de candidature soit dûment complété et signé par l'asbl qui porte la responsabilité juridique et financière du consortium via le formulaire en ligne.

5. Critères d'évaluation

La sélection des candidats sera effectuée sur la base des critères généraux repris ci-dessous.

Les candidatures seront cotées sur un maximum de 100 points, et ce, afin d'établir un classement général.

Les critères seront pondérés comme suit :

- Note descriptive du consortium (65 points)
- Qualité globale du projet (25 points)
- Adéquation du budget prévisionnel (point 5.3) au budget prévu au point 7 (10 points)

5.1. Eléments descriptifs du consortium(65points)

Le consortium candidat remplira via un formulaire disponible sur le guichet en ligne de l'AVIQ, un « acte de candidature » qui décrira le consortium transitoire et ses membres, la structure responsable légalement, les dynamiques actuelles, les projets et activités, ainsi que l'ancrage dans le territoire, afin de développer un modèle d'organisation territoriale à l'échelle méso pour une approche en santé intégrée

Les éléments descriptifs du consortium seront analysés sous les angles suivants :

- La diversité des membres du consortium (25 points) ;
- La qualité des ressources disponibles (15 points) ;
- La pertinence des projets et initiatives mentionnés en lien avec le projet ou plus largement les trois champs d'actions pour renforcer l'intégration des soins et des services de première ligne, ainsi que le travail en réseaux (25 points).

5.2. Qualité globale du projet (25 points)

L'évaluation de la qualité globale du projet prendra en compte les éléments suivants :

- La pertinence et la cohérence des éléments mentionnés avec les objectifs énoncés (15 points) ;
- L'inscription dans un écosystème global qui lie les secteurs de l'accompagnement et du soin (10 points).

5.3. Adéquation du budget prévisionnel au budget prévu (10 points)

L'évaluation de l'adéquation du budget prévisionnel au budget prévu prendra en compte les éléments suivants :

- Le respect de l'enveloppe prévue au point 7.1.
- Le respect de l'utilisation de 80% de l'enveloppe pour des frais de personnel.

6. Sélection des candidatures

6.1. Modalités de sélection

Le jury analyse les candidatures recevables sur la base des critères de sélection présentés ci-dessus. Il propose ensuite un classement par territoire qu'il soumet au Gouvernement pour approbation.

Ce jury est composé de :

- 1 représentant de l'équipe Horizys ;
- 3 représentants de l'AVIQ.

Un membre de la Cellule Interadministrative (INAMI-SPF) participe au jury en tant qu'observateur.

Les participants au jury s'engagent à respecter le secret des délibérations et l'absence de conflit d'intérêt.

La décision de sélection ou de non-sélection est notifiée par courrier au candidat à la suite de l'approbation de la sélection par le Gouvernement wallon.

Dès que le candidat reçoit la décision favorable, il peut commencer à développer le projet sur son territoire en collaboration avec l'équipe d'accompagnement.

Si deux projets sont à égalité sur le même territoire, le critère de la pertinence et la cohérence des éléments mentionnés avec les objectifs énoncés (critère d'évaluation mentionné au point 5.2) est décisif. Il permettra de départager les deux candidatures.

Si un projet obtient une note inférieure à 60 sur 100, il sera éliminé de la sélection ou, s'il est le seul candidat du territoire, invité à ajuster son projet avec l'aide de l'équipe d'accompagnement, avant de pouvoir commencer le projet. Si le projet à une note inférieure à 40 sur 100, le projet ne pourra pas bénéficier de l'ajustement avec l'aide de l'équipe d'accompagnement.

7. Modalités de financement et dépenses éligibles

7.1. Modalités de financement

Le budget pour cet appel à projets s'élève à 5.251.000 € sur une période de 24 mois. Ce montant n'est pas indexé.

Le **budget régional** est destiné à donner les moyens au consortium d'acteurs transitoire de développer un modèle d'organisation territoriale à l'échelle méso pour une approche en santé intégrée.

En pratique :

- un budget d'un montant maximum 450.000 € pour les 2 ans est réservé, par organisation dont le nombre d'habitants sur le territoire d'exercice des missions est inférieur à 450.000 habitants ;
- un budget d'un montant de 700.000 € est réservé par organisation dont le nombre d'habitants sur le territoire d'exercice des missions est supérieur ou égal à 450.000 habitants.

Ses montants sont versés en quatre paiements :

- **Premier paiement** : versé lors de la signature de l'AGW, il représente 10/24^{ème} du montant total de la subvention alloué pour les 24 mois de la période (soit 291.666,6 € \geq 450.000 habitants et 187.500 € $<$ 450.000 habitants). Ce versement couvre les frais préalables aux travaux des étapes 1, 2 et 3 ainsi que la mise en œuvre de ces 3 étapes et les frais qui ont lieu durant la première période de validation.
- **Deuxième paiement** : effectué au plus tôt le 1^{er} avril 2026 et après validation des étapes 1, 2 et 3 par l'Agence et la justification de 80% de la première avance versée. Il correspond à 6/24^{ème} du montant de la subvention totale (soit 175.000 € \geq 450.000 habitants et 112.500 € $<$ 450.000 habitants). Ce versement est destiné à financer l'étape 4 du projet.
- **Troisième paiement** : réalisé après validation de l'étapes 4 par l'Agence, il représente également 6/24^{ème} de la subvention totale. Ce montant couvre les coûts liés à l'étape 5 jusqu'à sa validation et le contrôle du dossier justificatif concernant l'utilisation de cette subvention.
- **Paiement du solde** : effectué après validation de toutes les étapes du projet et contrôle final de l'utilisation de la subvention (Montant maximum de 58.333,4 € \geq 450.000 habitants et 37.500 € $<$ 450.000 habitants).

7.2. Dépenses éligibles

Les dépenses éligibles doivent respecter les principes généraux suivants :

- 80% des dépenses doivent être relatives à des frais de personnel ;
- elles doivent être relatives au projet décrit ci-dessus, à savoir l'expérimentation du cadre organisant la première ligne d'accompagnement et de soins pour le niveau méso ;
- elles doivent être relatives aux frais pour lesquels le projet a été subventionné ;
- elles doivent être raisonnables par rapport aux besoins de l'activité subventionnée ;
- elles doivent être comptabilisées conformément à la législation sur la comptabilité et les comptes annuels des entreprises et à ses arrêtés d'exécution ;
- elles doivent résulter d'échanges entre tiers et de réalités économiques tangibles ;
- elles ne peuvent être relatives à des forfaits, hormis lorsque ceux-ci sont justifiés par une convention qui détaille les conditions dans lesquelles les prestations professionnelles sont fournies et rémunérées ;
- elles doivent résulter le cas échéant, d'une imputation réalisée à partir d'une clé de répartition répondant à des critères objectifs, réalistes et concrets.

Le bénéficiaire est autorisé, dans le cadre de son projet, à recevoir d'autres subventions, pour autant que les frais pris en charge par la subvention octroyée dans le cadre de cet appel à projets ne fassent à aucun moment l'objet d'une double subvention ou d'un remboursement. A cet effet, le bénéficiaire est tenu de transmettre à l'administration une description du système comptable appliqué apportant une assurance quant à l'absence de double subventionnement.

Le bénéficiaire mentionnera clairement le soutien apporté par la Région wallonne, sur tous les documents et travaux produits dans le cadre de ce projet, y compris les supports de Communication Internet en faisant apparaître clairement :

- la mention « Avec le soutien de la Région wallonne » ;
- la mention « Avec le soutien de l'INAMI et du SPF Santé publique » ;
- le logo de la Région wallonne, de l'INAMI et du SPF Santé publique.

8. Implémentation du cadre organisant le niveau méso de la première ligne

Le projet prévoit d'impliquer l'équipe d'accompagnement à toutes les étapes décrites dans la méthodologie, afin de soutenir le consortium transitoire dans ses missions et son processus de transformation. Le consortium transitoire accepte ce principe de collaboration tout au long du projet dans la perspective de poursuivre cette collaboration sur le plus long terme.

L'équipe d'accompagnement est composée :

- D'agents de l'AVIQ, chargés d'assurer le suivi et la cohérence globale ;
- De l'équipe Horizys, chargée des aspects scientifiques et méthodologiques ;
- Divers experts qui interviennent à l'un ou l'autre moment du processus ou dans une étape spécifique du projet pour répondre à un besoin précis.

Cette dernière se rend sur le terrain, propose les ressources nécessaires et se charge de rendre compte régulièrement de l'avancée des travaux lorsque se réunit le comité de pilotage des projets, afin de permettre la mise en œuvre du projet et l'atteinte des objectifs spécifiques suivants :

- Réaliser une évaluation de la situation initiale ;
- Etablir un projet commun aux membres du consortium ;
- Rendre le consortium fonctionnel en travaillant sur des projets concrets ;
- Elaborer le modèle de gouvernance du consortium ;
- Renforcer une dynamique apprenante et adopter des pratiques réflexives.

L'équipe d'accompagnement est libre, sous réserve d'une validation du comité de pilotage, de s'associer toute personne dont l'expertise, l'expérience ou les compétences sont utiles à l'accompagnement des projets.

Le **comité de pilotage** est un organe de supervision et de concertation, chargé de prendre des décisions et de soutenir les projets, afin qu'ils atteignent les objectifs fixés, est constitué :

- D'agents de l'AVIQ, chargés d'assurer le suivi et la cohérence globale du projet ;
- De l'équipe Horizys, chargée des aspects scientifiques et méthodologiques ;
- Deux représentants de la PPLW ;
- D'une représentation des Organismes Assureurs Wallons (OAW) ;
- D'une représentation des Relais Sociaux Urbains ;
- D'un représentant de la Ligue des Usagers des Sévices de Santé (L.U.S.S) ;
- D'un représentant de la Fédération Wallonne de Promotion de la Santé (FWPS) ;
- D'un représentant scientifique (Be.Hive) ;
- D'une représentation des partenaires sociaux ;
- D'un représentant du cabinet du Ministre wallon de la Santé ;
- D'un représentant du cabinet de la Ministre du Gouvernement de Wallonie en charge de l'Enfance ;
- D'un représentant de la Cellule Inter administrative CIA (SPFSP - INAMI), afin de permettre le suivi et la cohérence globale du développement des trois programmes de soins intégrés en Région wallonne de langue française ;
- D'un représentant d'UNESSA ;
- D'un représentant de Santhea.

Les membres du comité de pilotage sont directement concertés et participent à la formulation des propositions de décisions adressées au cabinet de Monsieur le Ministre de la Santé, qui décide et valide ces propositions.

L'accompagnement doit permettre au consortium d'acteurs transitoire de développer un modèle d'organisation territoriale à l'échelle méso pour une approche en santé intégrée, tel que cela est prévu par le cadre organisant la première ligne d'accompagnement et de soins.

9. Obligations requises pour la mise en œuvre

9.1. Respect de la législation

9.1.1.Extrait issu du décret du 25 avril 2024 relatif à l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins :

Dans le chapitre 2 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, inséré par l'article 10, il est inséré une section 2 intitulée « Le niveau locorégional ».

Art. 15

Dans la section 2 du code, il est inséré un article 47/6/6 rédigé comme suit :

« Art. 47/6/6. §1er. Le niveau locorégional intègre les services et les prestataires d'accompagnement et de soins de première ligne sur un territoire donné continu défini lors de l'agrément de l'organisation locorégionale de santé.

Les territoires des niveaux locorégionaux comprennent, à leur création, au minimum 200 000 et au maximum 550 000 habitants. Ils peuvent se composer d'un groupe de communes ou d'une province entière.

§2. Le Gouvernement fixe les critères de l'organisation du territoire de la première ligne d'accompagnement et de soins au niveau locorégional. ».

Art. 16

Dans la même section 2 du code, il est inséré un article 47/6/7 rédigé comme suit :

« Art. 47/6/7. §1er. Le Gouvernement agrée une organisation locorégionale de santé constituée sous la forme d'une association sans but lucratif.

L'organisation locorégionale de santé est constituée par des acteurs et des institutions de la première ligne d'accompagnement et de soins, ou ceux qu'ils désignent pour les représenter, les organismes assureurs wallons et, s'il échet, les associations représentatives de patients ou de bénéficiaires reconnues, actifs sur le territoire locorégional.

Les autorités locales peuvent être invitées par l'organisation locorégionale de santé en vue de renforcer l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins au sein du territoire.

L'organisation locorégionale de santé intègre dans ses activités l'ensemble des acteurs et des institutions de la première ligne d'accompagnement et de soins actifs sur le territoire locorégional. En outre, elle organise la relation avec les acteurs de l'action sociale.

L'organisation locorégionale de santé dispose d'une équipe dont le Gouvernement fixe la composition et les missions, et qui comprend au moins une personne en charge d'une mission de facilitation d'intégration.

§2. Le Gouvernement fixe les conditions, la durée, les règles d'octroi et de suspension ou de retrait de l'agrément de l'organisation locorégionale de santé ainsi que ses modalités de fonctionnement.

Le Gouvernement approuve les statuts des associations sans but lucratif qui abritent les organisations locorégionales de santé. ».

Art. 17

Dans la même section 2 du code, il est inséré un article 47/6/8 rédigé comme suit :

« Art. 47/6/8. Dans la limite des crédits budgétaires disponibles, le Gouvernement octroie une subvention annuelle aux organisations locorégionales de santé agréées à titre d'intervention dans les frais de fonctionnement et de personnel.

Le Gouvernement arrête le montant, le mode de calcul et les conditions d'octroi de la subvention. Il tient compte du nombre d'habitants compris dans le territoire de l'organisation locorégionale de santé.».

Art. 18

Dans la même section 2 du code, il est inséré un article 47/6/9 rédigé comme suit :

« Art. 47/6/9. §1er. L'organisation locorégionale de santé remplit les missions spécifiques suivantes sur son territoire :

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 visé à l'article 47/6/13 et au Forum de la première ligne d'accompagnement et de soins visé à l'article 47/6/11 ;

3° elle se concerte 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.

§2. Le Gouvernement fixe la composition minimale du personnel de l'organisation locorégionale de santé ainsi que des modalités de fonctionnement et de gouvernance dont le respect de la neutralité du personnel dans l'exercice de ses missions.

§3. Dans le cadre des missions spécifiques visées au paragraphe 1er, l'organisation locorégionale de santé conclut des conventions de partenariat avec les lieux d'hébergement résidentiels et institutionnels désignés par le Gouvernement et le ou les réseaux hospitaliers locorégionaux présents sur le territoire locorégional.

Ces partenariats permettent d'organiser la collaboration autour des besoins de la population du territoire, dans la communauté de vie ou le lieu de vie ainsi que les transitions qui s'inscrivent dans le cadre des soins spécialisés visés au paragraphe 4.

Le Gouvernement précise les modalités de partenariat et le contenu minimal de la convention.

§4. Au sein du territoire de chaque organisation locorégionale de santé, une plate-forme de soins spécialisés est agréée pour une période de cinq ans renouvelable.

Le Gouvernement fixe les objectifs, les missions ainsi que les modalités d'intégration avec les organisations locorégionales de santé de ces plateformes de soins spécialisés.

Dans les limites des crédits budgétaires disponibles, le Gouvernement peut octroyer des subventions aux plates-formes de soins spécialisés. Il définit les modalités d'agrément et d'octroi de ces subventions. ».

9.1.2. Arrêté du Gouvernement wallon relatif à la définition des territoires des organisations locorégionales de santé :

Le Gouvernement wallon,

Vu le Code wallon de l'action sociale et de la santé, l'article 49/6/7, § 2;

Vu le Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé;

Vu le rapport du 11 mars 2024 établi conformément à l'article 4, 2°, du décret du 3 mars 2016 visant à la mise en oeuvre des résolutions de la Conférence des Nations unies sur les femmes à Pékin de septembre 1995 et intégrant la dimension du genre dans l'ensemble des politiques régionales, pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution;

Vu la décision de l'Organe de concertation intra-francophone et du Comité ministériel, donnée le 20 mars 2024;

Vu l'avis du Comité de branche « Santé » de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, de l'action et de la famille, donné le 2 avril 2024;

Vu la demande d'avis au Conseil d'Etat dans un délai de 30 jours, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant que la demande d'avis a été inscrite le 17 mai 2024 au rôle de la section de législation du Conseil d'Etat sous le numéro 76.516/4;

Vu la décision de la section de législation du 21 mai 2024 de ne pas donner d'avis dans le délai demandé, en application de l'article 84, § 5, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant l'avis du Conseil économique, social et environnemental de Wallonie, donné le 8 avril 2024;

Considérant le projet 273 du Plan de relance de la Wallonie, intitulé « Proxisanté », et, plus particulièrement, les activités « Création de réseaux loco-régionaux »;

Sur la proposition de la Ministre de la Santé;

Après délibération,

Arrête :

Article 1^{er}. Le présent arrêté règle, en application de l'article 138 de la Constitution, une matière visée à l'article 128, de celle-ci.

Art. 2. Dans la Deuxième partie du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, il est inséré un Livre I^{er}/1bis, comportant l'article 12/3/1, rédigés comme suit :

" Livre I^{er}/1bis. Dispositions communes aux acteurs et aux institutions de la première ligne d'accompagnement et de soins

TITRE I^{er}. - Organisation des territoires des organisations locorégionales de santé

Art. 12/3/1. § 1^{er}. Les territoires locorégionaux visés à l'article 49/6/7, § 1^{er}, du code décretaal, sont dénommés et composés de l'ensemble de communes ou d'agglomérations suivantes :

1° territoire 01, dénommé « Wallonie-Picarde » : Antoing, Ath, Beloeil, Bernissart, Brugelette, Brunehaut, Celles, Chièvres, Comines-Warneton, Ellezelles, Enghien, Estaimpuis, Flobecq, Frasnes-lez-Anvaing, Lessines, Leuze-en-Hainaut, Mont-de-l'Enclus, Mouscron, Pecq, Péruwelz, Rumes, Silly et Tournai ;

2° territoire 02, dénommé « Coeur du Hainaut » : Binche, Braine-le-Comte, Boussu, Chapelle-lez-

Herlaimont, Colfontaine, Dour, Ecaussinnes, Erquelinnes, Estinnes, Frameries, Hensies, Honnelles, Jurbise, La Louvière, Le Roeulx, Lens, Manage, Merbes-le-Château, Mons, Morlanwelz, Quaregnon, Quévy, Quiévrain, Saint-Ghislain, Seneffe et Soignies ;

3° territoire 03, dénommé « Carolo » : Aiseau-Presles, Anderlues, Charleroi, Châtelet, Courcelles, Farciennes, Fleurus, Fontaine-l'Evêque, Gerpennes, Ham-sur-Heure-Nalinnes, Les Bons Villers, Lobbes, Montigny-le-Tilleul, Pont-à-Celles, Thuin et Walcourt ;

4° territoire 04, dénommé « Brabant-Wallon » : Beauvechain, Braine-L'Alleud, Braine-le-Château, Chastre, Chaumont-Gistoux, Court-Saint-Etienne, Genappe, Grez-Doiceau, Hélécinne, Incourt, Ittre, Jodoigne, La Hulpe, Lasne, Mont-Saint-Guibert, Nivelles, Orp-Jauche, Ottignies-Louvain-la-Neuve, Perwez, Ramillies, Rebecq, Rixensart, Tubize, Villers-la-Ville, Walhain, Waterloo et Wavre ;

5° territoire 05, dénommé « Namur-Ouest » : Beaumont, Cerfontaine, Chimay, Couvin, Doische, Eghezée, Fernelmont, Floreffe, Florennes, Fosses-la-Ville, Froidchapelle, Gembloux, Jemeppe-sur-Sambre, La Bruyère, Mettet, Momignies, Philippeville, Sambreville, Sivry-Rance, Sombreffe et Viroinval;

6° territoire 06, dénommé « Namur-Dinant » : Andenne, Anhée, Assesse, Beauraing, Bièvre, Ciney, Dinant, Gedinne, Gesves, Hamois, Hastière, Havelange, Houyet, Namur, Ohey, Onhaye, Profondeville, Rochefort, Somme-Leuze, Vresse-Sur-Semois et Yvoir ;

7° territoire 07, dénommé " Liège Sud- Huy-Waremme » : Amay, Anthisnes, Aywaille, Awans, Bassenge, Berloz, Braives, Burdinne, Clavier, Comblain-au-Pont, Crisnée, Donceel, Engis, Esneux, Faimies, Ferrières, Fexhe-le-Haut-Clocher, Geer, Hamoir, Hannut, Héron, Huy, Juprelle, Lincent, Marchin, Modave, Nandrin, Neupré, Oreye, Ouffet, Remicourt, Saint-Georges-sur-Meuse, Sprimont, Tinlot, Verlainne, Villers-le-Bouillet, Wanze, Waremme, Wasseiges et Trooz ;

8° territoire 08, dénommé « Liège » : Ans, Beyne-Heusay, Blégny, Chaudfontaine, Dalhem, Flémalle, Fléron, Grâce-Hollogne, Herstal, Liège, Oupeye, Saint-Nicolas, Seraing, Soumagne, et Visé ;

9° territoire 09, dénommé « Est-francophone » : Aubel, Baelen, Dison, Herve, Jalhay, Lierneux, Limbourg, Malmedy, Olne, Pépinster, Plombières, Spa, Stavelot, Stoumont, Theux, Thimister-Clermont, Trois-Ponts, Verviers, Waimes et Welkenraedt ;

10° territoire 10, dénommé « Luxembourg » : Arlon, Attert, Aubange, Bastogne, Bertogne, Bertrix, Bouillon, Chiny, Daverdisse, Durbuy, Erezée, Etalle, Fauvillers, Florenville, Gouvy, Habay, Herbeumont, Hotton, Houffalize, La Roche-en-Ardenne, Léglise, Libin, Libramont-Chevigny, Manhay, Marche-en-Famenne, Martelange, Meix-devant-Virton, Messancy, Musson, Nassogne, Neufchâteau, Paliseul, Rendeux, Rouvroy, Saint-Léger, Sainte-Ode, Saint-Hubert, Tellin, Tenneville, Tintigny, Vaux-sur-Sûre, Vielsalm, Virton et Wellin.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 2, 6°, pour les communes de Namur et Anhée, les sections

Malonne, Bioul, Denée-Maredsous et Sosoye-Maredret font partie du territoire 05. ».

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Art. 4. Le Ministre qui a la santé dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.
Namur, le.

Pour le Gouvernement :
Le Ministre Président,
A. DOLIMONT

Le Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités, de l'Economie sociale, de l'Egalité des Chances et des Droits des Femmes,

Y. COPPIETERS

9.2. Autres obligations :

10. Références légales

- Code wallon de l'Action sociale et de la Santé.
- Décret du 19 décembre 2024 contenant le budget général des dépenses de la Région wallonne pour l'année budgétaire 2025.
- Décision du Gouvernement wallon du 19 décembre 2024 approuvant le projet de budget 2025 de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles.
- Décret du 15 décembre 2011 portant organisation du budget, de la comptabilité et du rapportage des unités d'administration publique wallonnes ;
- Arrêté du Gouvernement wallon du 10 octobre 2024 fixant la répartition des compétences entre les Ministres et réglant la signature des actes du Gouvernement ;
- Décret du Gouvernement Wallon du 25 avril 2024 relatif à l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins.
- Arrêté du Gouvernement wallon du 6 juin 2024 relatif à la définition des territoires des organisations locorégionales de santé.

11. Annexe

Annexe 1 : Missions du niveau méso du protocole d'accord conclu entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, relatif à la politique de santé : Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés

La structure du réseau au niveau méso sera chargée des activités liées aux 10 missions jugées nécessaires pour l'organisation de l'aide et des soins intégrés (ou la gestion de l'intégration) conformément au pilotage au niveau macro. Ces missions ont été déterminées sur la base des contributions des parties prenantes et de cadres théoriques tels que la norme HSO "Integrated People-

Centred Health Systems" (systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes) et sont importantes aux trois niveaux (micro, méso et macro) pour réaliser l'aide et les soins intégrés. Ce chapitre se concentre sur la mise en œuvre possible de ces missions au niveau méso, où il est de la compétence des entités fédérées de déterminer comment le niveau méso peut mettre en œuvre concrètement ces 10 missions. Cela tient compte des acteurs qui assumeront ces missions, des missions existantes, de la priorisation mutuelle et de la nature spécifique des programmes à savoir :

1. Gestion de la santé de la population : *Il s'agit du processus d'évaluation et d'amélioration de la santé générale et du bien-être d'un groupe de personnes géographiquement défini par des actions ciblées basées sur les besoins détectés.*
2. Aligner l'offre sur les besoins de la population, y compris la gestion proactive de la capacité de soins : *Initier des programmes qui peuvent aider à faire correspondre l'offre de soins et de l'aide disponible à la demande, ainsi qu'à gérer de manière proactive la capacité au sein des soins et de l'aide.*

3. Développer une politique de promotion et de prévention de la santé : *Mettre sur pied, soutenir et coordonner des activités de promotion de la santé et de prévention en vue*

1) d'améliorer ou de maintenir la santé et le bien-être de la population en général ;

2) pour soutenir les objectifs de santé établis et 3) pour effectuer la transition des soins réactifs aux soins proactifs et à la détection précoce.

Il est important de souligner que cette affectation particulière peut être asymétrique d'une entité fédérée à l'autre et qu'elle peut ne pas être incluse partout.

4. Développer les compétences de base de l'A&S.I :

Mettre en place et déployer des initiatives et des actions pour fournir aux professionnels les connaissances et les compétences nécessaires en matière d'aide et de soins intégrés : réflexion et travail axés sur les objectifs, holistiques et interdisciplinaires.

5. Autonomisation ou Empowerment de la personne, soutien de l'aidant proche et du réseau informel :

Actions et initiatives qui contribuent à l'évolution d'un rôle passif vers un rôle plus actif de la personne et de son aidant proche ou d'autres personnes du réseau informel en tant que partenaires dans le processus de l'aide et de soins.

6. Stimuler / réaliser la continuité des soins :

En encourageant et/ou en réalisant la continuité au sein et entre les disciplines d'aide et des soins (en travers des lignes et des pathologies), tout en se concentrant principalement sur les actions liées à la stimulation, à la facilitation et à la coordination des collaborations interdisciplinaires, où les concepts de coordination des soins et de l'aide, de case management, de parcours de soins et autres sont également présents.

7. Faciliter le support digital :

Faciliter l'utilisation d'outils digitaux permettant la collaboration et le partage de données entre la personne et son réseau informel et les différents acteurs de l'aide et de soin impliqués. De plus, promouvoir et faciliter l'utilisation secondaire des données (sur les soins) de santé à son niveau.

8. Pour les programmes communs convenus, déterminer le déploiement et suivi des ressources pour la fourniture d'aide et de soins, toujours basée sur les besoins de la population (cf. Mission 1) :

Dialogue conjoint sur l'ensemble du financement, de la budgétisation, de la gestion et du paiement/répartition des budgets sociaux et de soins dans une optique d'aide et de soins qualitatifs (5 AIM) et intégrés.

9. Gestion du changement :

La réalisation des missions précédemment décrites afin que les partenaires impliqués, souvent des professionnels de l'aide et des soins, adoptent durablement les changements proposés quant à leur rôle/missions, tâches et comportements.

10. Gestion de l'innovation :

Organisation, surveiller et mettre en œuvre activement des activités, des partenariats, des processus et des politiques qui conduisent à la création d'une nouvelle valeur (ajoutée) substantielle dans le contexte de l'aide et des soins intégrés.

Une version définitive sera fournie au candidat sélectionné au démarrage du projet. Le texte intégral du plan interfédéral pour des soins intégrés est disponible via le lien ci-après :

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_interfederal_soins_integres_rapport_final_interfederaal_plan_geintegreerde_zorg_protocole_08112023.pdf

Annexe 2 : Définition du terme vulnérabilité

Par le terme de « vulnérabilité », il convient de se référer aux définitions suivantes :

La vulnérabilité est un état dynamique dans lequel un individu est affecté par des pertes dans un ou plusieurs domaines du fonctionnement humain (physique, psychologique, social, cognitif), ce qui augmente le risque d'effets négatifs sur la santé tels que des limitations fonctionnelles, l'admission dans des établissements de soins ou la mort.

(Collard RM, Oude Voshaar RC. (Frailty; a fragile concept). Tijdschr Psychiatr. 2012;54(1):59-69. Review. Dutch).

La situation de vulnérabilité dans laquelle se trouve la personne peut être liée à des facteurs physiques, des facteurs socio-économiques, des facteurs psychologiques, des facteurs cognitifs, un changement de trajectoire de vie et/ou de soins et des caractéristiques individuelles.

(Karam M et al. Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. Int J Integr Care. 2021)

Annexe 3 : Guide d'utilisation pour le guichet en ligne de l'AVIQ

Demande d'accès:

Si vous avez déjà demandé des droits d'accès pour votre institution, ceux-ci restent valables.

Pour introduire une demande d'accès, rendez-vous sur la plateforme : <http://plasma.aviq.be/>

Et connectez-vous grâce au mode d'emploi :

https://www.aviq.be/plasma/Connexion/Guide_utilisateur_connexion_plasma_Partenaire_eid_itsm_e.pdf

Une fois connecté vous pourrez ensuite introduire une demande d'accès au formulaire : **“Appel à**

projets – Organisation du niveau MESO” grâce au mode d’emploi suivant :

https://www.aviq.be/plasma/guide_utilisateur_demande_acces.pdf

Un support technique est à votre disposition de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 16H30, du lundi au vendredi (hors jours fériés) au numéro suivant : 071/337.502 - helpline@aviq.be.

Divers

La « Convention entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles (Agence pour une vie de qualité ou AVIQ) relative à la mise en œuvre du programme de soins intégrés « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure pendant les premiers 1000 jours » est jointe au présent appel à projets.