

Soutenance de thèse de Mélanie De Winter

Faculté des Sciences Sociales

De l'Université de Liège

29 avril 2021

Madame la Présidente,

Madame et Messieurs les membres du jury,

Avant toute chose, merci d'être présents aujourd'hui pour assister à cette soutenance. Ma thèse, rédigée en anglais s'intitule, si je fais la traduction française :

« Quand l'intégration des soins n'est pas qu'une question de soins : le cas de l'implémentation du plan « Des soins intégrés pour une meilleure santé » ciblant les patients chroniques dans le secteur Belge de la santé »

Je vais commencer par **contextualiser** cette recherche et revenir sur **les méthodes employées**, puis je détaillerai les éléments centraux de **mon analyse**.

<b>Le fil conducteur empirique de cette thèse</b>
---

Le point de départ empirique et liant de cette thèse, c'est le plan que je viens de citer, lancé en 2015 destiné à intégrer les soins en Belgique en ciblant spécifiquement les patients atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques, les maladies chroniques étant actuellement la première cause de mortalité en Belgique, en Europe et dans le monde. Elles sont en effet responsables d'environ 70% des décès au niveau mondial.

Ce plan a été initié à la base par le niveau fédéral mais a été signé par l'ensemble des ministres de la santé **suite à la 6e réforme de l'Etat**, les soins intégrés incluant nécessairement les activités de **prévention et de promotion de la santé** qui sont aujourd'hui des compétences régionales.

### Des soins intégrés ... ?

Le plan reprend cette définition-ci des services de santé intégrés, qui peut être traduite de la façon suivante :

**Les services de santé intégrée = La gestion et la délivrance de services de santé de manière à ce que les clients reçoivent un continuum de services préventifs et curatifs en fonction de leurs besoins à travers le temps et à travers les différents niveaux du système de santé.**

Donc, ce qu'on vise, c'est le bon soin pour la bonne personne au bon moment et au bon endroit, avec une contrainte d'efficience.

### Changer de paradigme : une nécessité

Pour arriver à faire cela, il est nécessaire de réaliser **un changement de paradigme**, c'est-à-dire de passer **d'un système de soin dit fragmenté à un système intégré**, qui implique de sortir d'une vision centrée sur la maladie à une approche où le patient est abordé dans sa globalité.

La clé, pour réaliser ce changement de paradigme, l'enjeu fondamental, **c'est la collaboration**, et cela à de multiples niveaux. Je vais y revenir.

### Des projets-pilotes : un processus de co-creation

La particularité de cette politique publique, c'est que **sa substance** (la question du quoi) n'était pas définie à l'avance. A la lecture du plan, on n'y trouve pas d'objectifs stratégiques, opérationnels ou d'actions concrètes à réaliser pour intégrer les soins **au niveau micro-thérapeutique**.

Par contre, on y trouve **des éléments procéduraux** (le comment) concernant la manière dont on va tenter de **définir ce qu'il faut faire en Belgique pour intégrer les soins**, à savoir à travers le lancement de projets pilotes multidisciplinaires impliquant les acteurs de terrain. C'est eux qui ont eu la mission de définir les actions à réaliser. C'est la première ligne d'action du plan comme vous pouvez le voir sur la dia.

## Lancement de projets pilotes : une implémentation en quatre phases

L'implémentation concrète de ces projets pilotes a été pensée, en amont, en quatre phases, les deux premières phases étant des phases de sélection.

**Phase de préparation :** les partenaires intéressés par la démarche étaient amenés à se rassembler par zone géographique et à soumettre conjointement une manifestation d'intérêt.

**Phase de conceptualisation :** les consortia sélectionnés ont dû rédiger un plan d'action, appelé plan d'action loco-régional où ils détaillaient les actions qu'ils comptaient lancer en phase d'exécution s'ils étaient sélectionnés.

**Phase d'exécution :** Hors des 19 projets ayant rendus un dossier de candidature, 14 ont été retenus et 12 sont rentrés en phase d'exécution, phase qui est toujours en cours actuellement et qui a commencé en Janvier 2018 au lieu de mars 2017, donc, avec un peu de retard.

**Phase d'extension :** cette phase n'a pas encore eu lieu, l'objectif serait, si on arrive jusque-là, d'étendre les bonnes pratiques identifiées à une échelle nationale.

## Sujet de cette recherche doctorale

Si on monte un peu en généralité, on peut dire que l'objectif de ma recherche doctorale était double à savoir :

- Analyser une tentative d'intégration des soins à une échelle nationale en ciblant les patients atteints de maladie(s) chronique(s), avec en ligne de mire l'enjeu sociologique qu'est celui de faire collaborer des personnes et des institutions qui ne collaborent pas forcément spontanément, ce qui pose par ailleurs des questions fondamentales de gouvernance.
- Analyser un processus spécifique d'implémentation d'une politique publique à travers l'utilisation spécifique de projets pilotes, sachant qu'il y a **un recours de plus en plus systématique à l'utilisation de projets pilotes en Belgique, dans le secteur des soins de santé, mais aussi dans d'autres secteurs.**

## Exemple de projets pilotes dans le secteur des soins de santé

Pour preuve, j'ai pu lister sur cette dia 9 types de projets pilotes lancés ces 10 dernières années dans le secteur des soins de santé. Il est important de souligner que cette liste n'est pas exhaustive et qu'on retrouve également pléthore de projets pilotes dans d'autres secteurs comme l'action sociale, l'éducation ou encore l'emploi.

## Approche ethnographique : Méthodes de recherche

Pour réaliser ma recherche, j'ai suivi le déroulement de **deux projets pilotes** dans le cadre d'une approche ethnographique.

Les résultats ont été obtenus à partir de la triangulation de 3 sources d'informations :

- des documents (littérature scientifique - documents opérationnels, qu'ils soient formels ou informels)
- des discours à travers la réalisation d'entretiens et de focus groups
- les actions et interactions entre les partenaires que j'ai pu saisir à travers la méthode de l'observation directe

**Préambule à la suite de cette présentation : Cette thèse est structurée en quatre articles chacun traitant une question de recherche spécifique, le tout étant remis en perspective dans une discussion générale conclusive. Donc, maintenant, je vais passer en revue les éléments saillants de ces parties.**

**Premier article : Integrating Care in a Disintegrated Country: the Case of Integrated Care Pilot Projects in the Belgian Federal State -> Intégrer les soins dans un pays désintégré: le cas des projets pilotes de soins intégrés dans l'Etat fédéral Belge**

Le premier article se focalise sur le **contexte institutionnel** dans lequel a été lancé le plan et ont été initiés les projets pilotes, avec pour objectif de répondre à la question de savoir

- *Comment la configuration fédérale peut influencer la mise en œuvre d'une politique publique dans le secteur de la santé d'un État fédéral comme la Belgique ?*
- En fait, on remarque que l'autonomie des entités dirigeantes, fédérale et fédérées, couplée à un manque de coordination et à une répartition incohérente des compétences

s'est traduite par un manque de cohérence (**manque de « cross-level policy coherence »**) entre les décisions prises aux différents niveaux (fédéral et régional), entraînant par effet miroir **un manque de cohérence dans ce qui est demandé concrètement aux acteurs de terrain.** (un peu comme avec le coronavirus en fait ...)

- Autrement dit, la répartition des compétences actuelles dans le secteur des soins de santé, semble être un frein à l'intégration des soins, puisqu'on désintègre, **on fragmente le niveau décisionnel**, ce qui a un impact direct par effet miroir ou domino **sur le niveau opérationnel.**
- On peut citer l'exemple de l'obligation de suppression des actions de prévention et de promotion de la santé des plans d'action, ce qui pose question quand on veut intégrer les soins. Cela n'a en effet pas beaucoup de sens.

**Second article - Reshaping Health Care Governance Using Pilot Projects as Public Policy Implementation Instruments: The Case of Integrated Care Pilot Projects for Chronic Patients in Belgium.**

**Remodeler la gouvernance des soins de santé en utilisant des projets pilotes comme instruments de mise en œuvre des politiques publiques: le cas des projets pilotes de soins intégrés pour les patients chroniques en Belgique.**

**Les deux articles suivants porte sur la notion de projet pilote, projet pilote y étant vu comme un outil, une méthode de travail.**

**Question de recherche** : *comment l'utilisation de projets pilotes multidisciplinaires comme instruments d'implémentation modifie-t-elle les modes de gouvernance publique dans le secteur de la santé belge dans un contexte de transition et de décentralisation ?*

On peut en effet faire la supposition que **si la manière substantielle d'intégrer les soins** en Belgique avait été négociée uniquement au niveau de l'INAMI, les résultats auraient pu être différents.

Dans le cas qui nous occupe, le recours au projet pilote est notamment dû à **une volonté de travail en co-creation** avec les partenaires de terrain.

- Mais cette façon de procéder a aussi créé **un besoin d'inventer de nouvelles modalités de collaboration**, par exemple les intervisions mensuelles réunissant les autorités (les

représentants des cabinets), les membres de la cellule inter-administratives (CIA pour les intimes) et des représentants des projets pilotes.

- **Et puis, au lieu de mener à un simple transfert de tâches**, cela a aussi **modifié les rôles** de chacun, les autorités et l'administration endossant un nouveau rôle de support et les acteurs de terrain passant de simple exécutants à représentants d'une profession, d'un secteur et devant prendre des décisions stratégiques (rôle de décision-makers).
- On a mis en contact et en présence des acteurs qui n'avaient pas spécialement l'habitude de se côtoyer et qui ne vivent pas les mêmes réalités quotidiennes. La conséquence, c'est qu'ils peuvent avoir **des avis très différents**, sur ce qu'il convient de faire :

les acteurs du niveau macro sont fortement influencés par la **littérature scientifique** alors que ceux du niveau micro font valoir **leur expérience quotidienne du terrain**, qui ne va pas toujours dans le même sens que ce que l'on peut lire dans la littérature scientifique.

D'où l'émergence **de conflits, de controverses, voire carrément des clashes culturels**, par exemple sur la question du bundled payment.

- On constate qu'en mobilisant les acteurs de terrain dans des projets pilotes, et en les conviant à des réunions et des interventions, **on leur a donné la possibilité de faire entendre leur voix**, et de refuser ou en tout cas de renégocier ce qu'on attendait d'eux, c'est pourquoi je parle de **gouvernance négociée et régulation croisée tripartite** (décideurs, administration et membre des projets), faisant écho au concept de régulation croisée de Crozier et Thoenig, bi-partite celle-ci, puisque ne concernant que les décideurs et l'administration.

**Troisième article - Towards Integrated Care for Chronic Patients in Belgium: The Pilot Project, an Instrument Supporting the Emergence of Collaborative Networks**  
**Vers une prise en charge intégrée des patients chroniques en Belgique: le projet pilote, un instrument de soutien à l'émergence de réseaux collaboratifs**

**Question de recherche :** *comment l'utilisation des projets pilotes comme instruments d'implémentation structure-t-elle la collaboration entre les parties impliquées dans un projet pilote ? (Collaboration Horizontale).*

Le projet pilote implique en général la constitution d'**une équipe non hiérarchisée, souvent multidisciplinaire, mandatée pour réaliser une tâche spécifique, dans ce cas-ci, un projet pilote de soins intégrés.** Donc, cet instrument, en raison de ses caractéristiques intrinsèques, va permettre de mettre en lien et de faire communiquer des acteurs qui ne collaborent pas habituellement, **ceux-ci devant se réunir régulièrement pour construire ensemble leur projet.**

On peut constater qu'un des effets secondaires de l'instrument « projet pilote », c'est que de par ses caractéristiques, il **agit comme catalyseur** en créant les conditions organisationnelles favorables à l'émergence de réseaux de soins collaboratifs, dans le cas présent de « **réseaux de soins de santé communautaire** ».

**(Je distingue aussi dans cet article la collaboration comme fin ou comme moyen :** la collaboration à l'œuvre durant la phase de conceptualisation était **une collaboration réflexive**, un moyen de réfléchir autour d'une table à comment les professionnels allaient pouvoir ensuite collaborer sur le terrain au niveau thérapeutique, collaboration vue cette fois-ci comme **une fin à réaliser** en tant que **pièce angulaire** des soins intégrés, et qui n'est pas pour autant le corollaire direct de la première puisqu'il y a une phase spécifique de passage à la pratique<sup>1</sup>).

---

<sup>1</sup> Quand l'article a été publié, je n'avais pas le recul que j'ai maintenant et j'ai émis l'hypothèse la collaboration au niveau thérapeutique n'était pas forcément le corollaire immédiat de la collaboration réflexive, hypothèse qui a eu tendance à se confirmer par la suite.

### Quatrième article - Considering Patients' Empowerment in Chronic Care Management: A Cross-Level Approach

Ce dernier papier est en fait issu de la mise en perspective des résultats de trois recherches différentes concernant respectivement les niveaux macro, meso et micro du système de soins de santé.

Le focus est mis sur une des composantes spécifiques des soins intégrés, à savoir **la notion polysémique d'empowerment du patient**, qui est vue comme incontournable, particulièrement dans le cas des maladies chroniques. L'objectif était de répondre à la question suivante :

*Quelles sont les conséquences de l'usage d'un concept aussi flou [le concept d'empowerment] lorsque différents acteurs de la santé doivent travailler ensemble?*

En fait, on se rend compte qu'il y a un écart entre ce que représente ce concept au niveau macro, et d'autre part, la vision qu'en ont les professionnels ou encore les patients et leur entourage. Plus on descend vers le patient et le niveau concret thérapeutique, moins le concept d'empowerment est mentionné spontanément comme catégorie de pensée et quand il l'est, **les définitions ne sont pas convergentes, ce qui veut dire que les attentes concrètes qui sont liées à ces définitions ne le sont pas non plus.**

La conclusion de cet article, c'est que la polysémie du concept d'empowerment rend sa mise en pratique difficile à réaliser.

Avant de passer aux éléments de discussion générale, je voudrais rappeler l'objectif poursuivi à travers la narration présentée dans le chapitre 6, chapitre empirique qui relate **des moments clés de la phase d'exécution tels qu'ils se sont déroulés et non pas tels qu'ils étaient prévus, jusqu'avril 2020**, moment où j'ai arrêté mon terrain. L'objectif c'était de mettre en évidence **la prolifération des règles, les changements incessants de direction la complexité des demandes adressées aux projets.**



## Discussion conclusive

Ma discussion conclusive démarre avec le constat qu'on peut observer un écart important entre ce qui était prévu et les événements tels qu'ils se sont déroulés sur le terrain, c'est ce qu'on appelle en anglais un « **implementation gap** ». C'est un ancien concept qui **contredit l'idée selon laquelle l'implémentation d'une politique publique coulerait de source une fois que les décisions sont prises**. Autrement dit, ce n'est pas tout de prendre la décision au niveau politique, il y a ensuite **une étape spécifique de mise en pratique qui a des contraintes propres**.

Pour le dire autrement, derrière ce concept se cache l'idée que les décisions prises et les règles qui en découlent ne sont pas performatives, c'est-à-dire que simple fait d'édicter une règle n'entraîne pas au niveau pratique le changement énoncé par cette règle.

A travers ma recherche, j'identifie des présuppositions, lacunes, ambiguïtés, paradoxes et absurdités (absurdités logiques) qui semblent avoir joué un rôle dans la constitution de cet « implementation gap » en analysant tout d'abord le matériau empirique récolté à la lumière de **6 descripteurs** qui permettent de caractériser un projet pilote, quel qu'il soit. Je vais les passer en revue.

### **1. Relationship to policy and local context – Relation au(x) politique(s) et au contexte local**

Ce descripteur renvoie à l'idée qu'un projet pilote **ne peut être isolé du contexte spatio-temporel spécifique dans lequel il se déroule** et lorsqu'on conçoit un projet pilote, il n'est pas possible d'anticiper tous les facteurs qui auront une influence sur le déroulement des événements (au hasard, la crise sanitaire du coronavirus ou encore le fait qu'il ait fallu un an et demi pour former un gouvernement fédéral).

Cette dépendance au contexte à la fois global et local est importante car cela signifie que si les 12 projets pilotes en phase d'exécution ont tous pour objectif d'intégrer les soins, ils ne représentent pas forcément **12 occurrences d'une même expérience**, puisqu'ils se déroulent dans des contextes locaux réels différents (donc pas en laboratoire) et que par ailleurs, ils ne ciblent pas les mêmes populations de malades chroniques.

Cela veut dire qu'il y a **un faible de niveau de standardisation et de comparabilité** entre les expériences menées au sein des projets et que **la reproductibilité des actions menées** peut être questionnées, celles-ci ayant été développées à chaque fois dans un contexte local spécifique. Je ne dis pas qu'aucune des actions n'est reproductible mais qu'il est nécessaire d'**avoir une réflexion pour identifier précisément ce qui est reproductible** et d'avoir une réflexion pour voir « **comment traduire ces actions d'un contexte à un autre** ».

## 2. Scale – Echelle

Derrière le second descripteur, l'échelle, se pose la question de savoir si l'innovation testée dans le cadre du projet pilote est **testée à petite, moyenne, grande échelle, voire à échelle réelle** et pour **combien de temps**, sachant que plus l'échelle est large, moins les actions lancées dans le cadre du projet sont **réversibles** (puisque'on travaille contexte réel et pas en laboratoire). Or, comme on expérimente qqch de nouveau dont on ne connaît pas les effets, *a priori*, cette réversibilité est cruciale.

Dans les projets pilotes de soins intégrés, l'idée de départ était de lancer les actions à grande échelle (objectif : inclure des milliers de patients) pour avoir un effet significatif et pouvoir faire des statistiques valables.

Or, on constate un écart énorme entre le nombre attendu de patients inclus (plusieurs milliers) et le nombre de patients réellement inclus (quelques dizaines-centaine). Au-delà **des aspects pratiques et du manque d'outils opérationnels** qui ont entravé le travail d'inclusion, **les projets que j'ai suivis ont fait sciemment le choix** de s'écarter de ce qui était attendu d'eux et travailler à petite échelle, pour pouvoir ajuster le tir si les actions ne fonctionnaient pas, voire si elles avaient un effet délétère.

## 3. Innovation – Innovation

Question sous-jacente : Quelle est l'innovation qu'on teste en contexte réel ?

Dans le cadre des projets pilotes, on peut remarquer plusieurs types et niveaux d'innovation :

- Les actions innovantes imaginées par les projets pilotes destinées à intégrer les soins, chaque action étant une innovation à tester en soi, **voire même un projet-pilote en soi.**

- Le fait de travailler en co-création et de déléguer le travail de design de ces actions, de la substance de la politique. C'est **une innovation dans la manière d'innover**.

Je reviens aux actions des projets. Une innovation peut être radicale (innovation disruptive) ou incrémentale, (innovation progressive). *A priori*, on peut se dire que les projets pilotes relèvent de la catégorie incrémentale. Or, de façon contradictoire et paradoxale, il semblerait que les autorités soient en attente d'effets radicaux et immédiats sur les indicateurs à leur disposition, **à peu près tous quantitatifs** : le nombre d'inclusions, l'impact sur le budget des soins de santé, le nombre d'hospitalisations, etc.

Cette **logique de court-terme** n'est pas vraiment compatible avec **celle de l'expérimentation** qui est quant à elle basée **sur du long terme**, et qui nécessite de prendre le temps de tester, de comprendre ce qu'il se passe et d'ajuster si nécessaire. Pour le politique qui décide de lancer des projets pilotes, c'est important de garder cela en tête.

#### 4. Knowledge orientation – Quelle connaissance veut-on produire ?

Qui dit innovation et expérimentation, dit apprentissage et donc création de nouvelles connaissances, **ce qui m'amène à parler du quatrième descripteur**.

Une caractéristique propre du projet pilote, c'est qu'il permet de **faire des expérimentations en situation réelle** et donc de produire des connaissances sur comment l'innovation en jeu interagit avec le contexte dans lequel elle est lancée, contexte qui est **à chaque à fois unique et multi-factoriel**. La conséquence, c'est qu'il est difficile, voire impossible d'inférer des relations causales directes entre telle action et tel résultat **puisque le faisceau des facteurs d'influence possible est très large**.

Pourtant, en analysant les projets pilotes de soins intégrés, on peut avoir l'impression que c'est ce que les autorités cherchaient à faire :

trouver une espèce de formule toute faite, basée sur une relation de cause à effet facilement identifiable, qui marcherait partout de la même manière et qui garantirait un succès à tous les coups en matière de soins intégrés.

... J'avance cela parce que le plan est basé sur le présupposé qu'il y aurait nécessairement **des bonnes pratiques** à identifier, que celles-ci seraient mesurables **au**

**moyen d'indicateurs quantitatifs**, auraient nécessairement **un impact quantifiable**, entre autres en contribuant à produire des gains d'efficacité, et qu'elles seraient **reproductibles et transférables à d'autres contextes**.

Ce type de raisonnement dénote une approche **evidence-based omniprésente en médecine, positiviste**, qui tient très peu compte de la dépendance au contexte et qui est caractérisée par **une espèce d'obsession pour la quantification**.

Le problème que cela pose, c'est que ça occulte complètement **les aspects soft, tacites, sociaux et humains du projet pilote**, aspects qui par ailleurs sont difficilement transférables.

Un autre problème qu'on peut relever, réside dans le fait que **ces projets pilotes sont dans ce cas-ci simultanément utilisés comme instrument d'expérimentation et d'implémentation**, ce qui met les acteurs de terrain dans une situation paradoxale de je qualifie de **double contrainte**. On leur demande en effet d'expérimenter de nouvelles façons de faire et de prendre le temps de produire des connaissances sur ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas ... mais en même temps d'avoir des résultats rapides en lançant des « quick win actions », qu'on a pas eu le temps d'expérimenter avant, et donc qui sont potentiellement dommageables ou inefficaces.

## **5. Special status – Statut special**

Ceci m'amène à parler du cinquième descripteur, le statut spécial qu'on accorde au projet pilote parce qu'on va *normalement* avoir **des attentes différentes** vis-à-vis d'un projet pilote, par rapport à un projet normal. Par exemple, **le fait qu'on va être plus flexible et pouvoir sortir des protocoles habituels ou avoir des ressources supplémentaires**.

Et puis, normalement, dans un projet pilote, on considère qu'on a **le droit à l'erreur et qu'on ne sera pas forcément rentable, puisqu'on teste quelque chose**. Et dire que quelque chose ne fonctionne pas, c'est déjà dire quelque chose puisque cela permet d'ajuster et de réduire le champ des possibles.

Or, pour les projets pilotes que j'ai suivis, ce droit à l'erreur ne semble pas vraiment être d'application, par exemple quand on voit la pression qu'ils ont pu subir au niveau du nombre d'inclusions qu'ils n'ont pas atteint, ce qui a été vu **comme un indicateur d'échec par les autorités**. A plusieurs reprises, on les a sommés d'atteindre ce niveau d'inclusion, **sous peine**

**d'arrêter les projets, sans spécialement se demander pourquoi l'objectif n'avait pas été réalisé.**

De façon très perverse, ça a déclenché **une course folle à l'inclusion, d'inclusion pour l'inclusion** puisque les projets ont passé énormément de temps à réfléchir à comment inclure le plus possible de patients sans pour autant pouvoir faire quelque chose de concret au niveau thérapeutique avec ces patients. L'inclusion est devenue un **objectif en soi alors que cela devait être un juste moyen de suivre l'évolution de la situation des patients inclus.**

Tout ceci m'amène aussi à **relativiser la notion d'échec et de succès**, *a fortiori* dans un contexte d'expérimentation. Je les remplacerais par les notions **d'attendu et d'inattendu**, l'inattendu étant inhérent à la notion d'expérimentation, et n'étant pas forcément négatif en soi.

Dans le manuscrit, je fais un parallèle **avec la découverte de la pénicilline**, qui était complètement inattendue et fortuite et pourtant a valu un prix Nobel à Alexander Fleming.

On peut également citer la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb, découverte totalement fortuite puisqu'il pensait arriver en Inde.

## **6. Actor network – Acteur Réseau**

Le dernier descripteur, l'acteur réseau, fait référence à l'acteur collectif constitué de l'ensemble des acteurs mobilisés dans le cadre du projet et au style de gouvernance adopté.

J'ai déjà dit que l'instrument projet pilote, de par ses caractéristiques, crée **les conditions favorables à l'émergence d'un réseau**. Je vais aller plus loin ici et dire que les réseaux créés présentent les caractéristiques de ce qu'on **appelle un intégrateur** dans la littérature sur les soins intégrés, même si, paradoxalement, on ne les jamais désignés comme tels officiellement.

Un intégrateur, c'est une entité unique, vue comme essentielle à l'intégration des soins, qui a pour mission **de mettre en lien les organisations qui ont un rôle à jouer dans la santé de sa population, d'amener de la cohérence et d'identifier les éventuels manques dans l'offre de services répertoriés sur son territoire**, ce qui est précisément ce que font les projets que j'ai suivis.

### Process inclusivity

Avant de conclure ... je voudrais revenir sur une dernière notion importante, celle de **co-création**, centrale dans le plan et qui fait référence au concept de **process inclusivity**, qui renvoie lui-même à l'idée de faire participer aux décisions les destinataires de ces décisions.

Cette façon de faire est présentée comme **un facteur de succès** dans la littérature, ce que ne je contredis absolument pas. Néanmoins, je voudrais juste souligner que ce n'est pas pour autant une recette miracle, qui à elle seule garantit que tout va fonctionner à la perfection. Si c'est une condition qu'on peut qualifier de nécessaire, elle n'en n'est pas pour autant une condition suffisante pour reprendre un vocabulaire mathématique.

Les difficultés liées à l'implémentation, à la mise en œuvre concrète, elles demeurent notamment parce le passage à la pratique nécessite **l'intervention de personnes qui n'ont pas participé au processus décisionnel**, et il faut un temps d'appropriation, peu importe par qui a été prise la décision ou à quel niveau elle a été prise.

### Conclusion générale

J'arrive tout doucement à la conclusion de cette présentation.

Pour résumer, ma recherche se concentre principalement **sur les aspects humains, sociaux, contextuels et organisationnels de la politique étudiée**, aspects contingents qui ont fortement été mis de côté dans le cadre de **l'approche à prédominance** quantitative adoptée par les autorités. Cette prédominance du quantitatif, elle me semble traduire une recherche de contrôle et de prédictibilité dans **un contexte d'innovation qui paradoxalement est par essence imprévisible**.

Or, la pierre angulaire des soins intégrés, c'est la collaboration humaine, ce qui me fait dire que l'innovation en jeu est **plus organisationnelle que thérapeutique**, elle concerne plus **la manière** de délivrer des traitements déjà existant que la création de nouveaux traitements. C'est la raison pour laquelle j'affirme dans mon titre que les soins intégrés, ne sont pas qu'une question de soins, en tout cas au sens médical, thérapeutique du terme.

### Ajout empirique

En novembre 2020, après le changement de ministre, les projets ont reçu les informations suivantes :

- Conventions conclues **jusque décembre 2022**, ce qui veut dire qu'ils ne sont plus menacés d'être stoppé d'ici là.
- Suppression des gains d'efficience variables, remplacés par une allocation annuelle forfaitaire : **en 2020, 2021 et 2022, mise à disposition d'un budget forfaitaire d'un montant maximum de 208 333 euros par an et par projet pilote**. Autrement dit, les projets n'ont plus la contrainte de réaliser absolument des économies pour financer des actions.
- Suppression du point sur la résiliation de la convention en raison d'un manque d'inclusion de bénéficiaires, ce qui signifie que les projets ne seront plus arrêtés s'ils n'atteignent pas leurs objectifs d'inclusion.