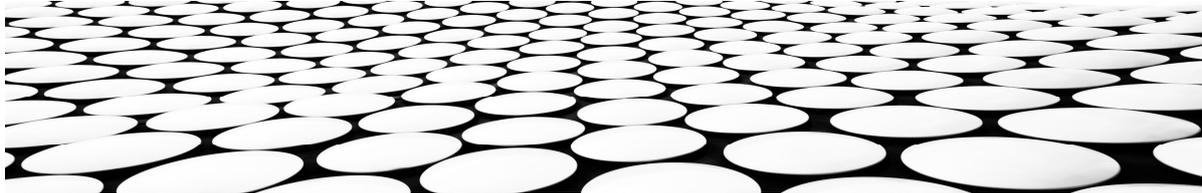




Les personnes âgées vivant à domicile en Région de
Bruxelles-Capitale:
Présentation de l'évaluation des trois dispositifs pilotes ayant testé
un modèle intégré d'aide et de soins de proximité
12 décembre 2022

MAHIEU Céline, VERTE Dominique, AMERIJCKX Gaëlle, VERTE Emily,
KOUMBA Ruth-Janet, STEURS Manon



1

Cadre de l'évaluation: Approche réaliste et collecte de données

Gaëlle AMERIJCKX

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

2

2

Cahier des charges des projets pilotes

Mise en place d'un modèle intégré d'aide et de soins de proximité visant le maintien à domicile des personnes âgées en Région de Bruxelles-Capitale

- 4 volets de travail
 - Faciliter la prise en charge précoce, globale, intégrée et multidisciplinaire centrée sur les besoins des personnes âgées, en perte d'autonomie ou en besoin de soins complexes
 - Développer le réseau d'aide et de soins et social de quartier
 - Visibiliser l'offre d'aide et de soins du quartier
 - Créer un cadre de vie favorable
 - Caractère innovant et évolutif ; Attention au contexte et dynamiques locales
- 4 ans de financement
- Gouvernance locale: mise sur pied d'un comité de pilotage pour chaque projet
- Suivi: Comités scientifique et d'accompagnement + appui scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social (mission d'évaluation)

3

3

Objectifs de l'évaluation

- Quelles stratégies ont été mises en œuvre au sein des trois projets pilotes en vue de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions ?
- Quels sont les impacts des projets pilotes sur le bien-être des personnes âgées et sur l'organisation du système local d'aide et de soins ?
- Quels sont les éléments de transférabilité issus de l'expérience de ces trois projets pilotes pour un élargissement en région bruxelloise ?

→ Cadre d'Evaluation de type réaliste

4

4

Méthodologie: Evaluation réaliste

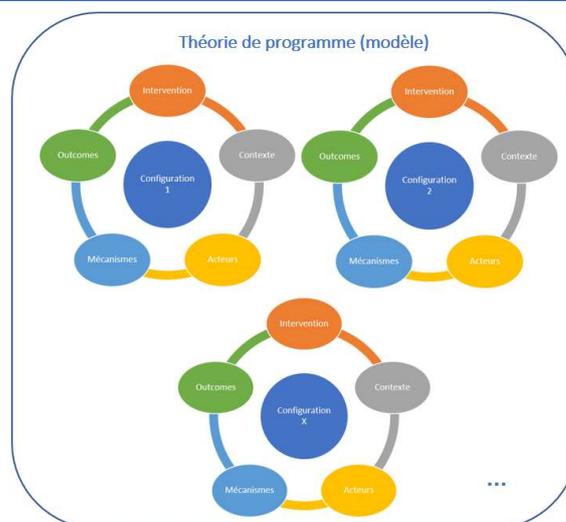
- Approche qui se départit du modèle classique d'évaluation visant à répondre à la question « Est-ce que ça marche ou pas ? »
 - « Comment, pour qui et dans quelles circonstances? »
 - <-> Attention accordée à la complexité et aux spécificités des contextes de réalisation
- Théorie de programme ? Modèle basé sur un ensemble d'hypothèses identifiées, affinées et validées auprès des acteurs sur la manière dont s'agence (Pawson & Tilley, 1997):
 - les types d'Interventions (I),
 - les éléments de Contexte (C),
 - les Acteurs (A),
 - les Mécanismes (M)
 - les résultats de ces interventions (O pour « Outcomes »)

Configuration
ICAMO

5

5

Méthodologie: Evaluation réaliste



6

6

Méthodologie: Collectes de données

Sept sources de données combinées

1. Analyse documentaire
2. Données quantitatives des projets
3. Entretiens qualitatifs individuels avec les coordinateurs des projets pilotes
4. Policy Delphi ajusté avec les partenaires des projets et des acteurs de développement de l'accompagnement social-santé au niveau local
5. Entretiens qualitatifs individuels auprès des personnes âgées
6. Revue de littérature internationale ciblée
7. Entretien de groupe avec des acteurs de développement de l'accompagnement social-santé au niveau régional

7

7

Méthodologie: Analyse documentaire & Entretiens des équipes de coordination des projets

- Analyse documentaire
 - Production des projets
 - Production dans le cadre du suivi scientifique

- Entretiens des équipes

Mieux comprendre le **contexte** dans lequel s'inscrivent les documents produits par les projets & Saisir les **mécanismes** informels et le sens que leur donnent des acteurs

8

8

Méthodologie: Données quantitatives des projets

- Set d'indicateurs de suivi et d'évaluation des accompagnements réalisés
 - Elaboration conjointe Observatoire de la Santé et du Social & Projets pilotes
 - Collecte et encodage réalisés par les projets
- Précautions méthodologiques
 - Unité d'analyse: Accompagnements (≠ personnes accompagnées)
 - Set réduit d'indicateurs mais consistant entre projets
- Contenu?
 - Caractéristiques socio-démographiques des accompagnements
 - Contexte de la prise de contact
 - Types de besoins identifiés
 - Solutions et actions entreprises

9

9

Méthodologie: Policy Delphi

- De quoi s'agit-il?
 - « Méthode robuste qui utilise les jugements d'experts et qui compare ces jugements en plusieurs tours avec les jugements agrégés d'autres experts participants » (Minkman & al, 2009)
 - Delphi politique ? *Attention explicite aux opinions divergentes* (Turoff & Linstone, 2002; Rayens & Hahn, 2000)
- Participants? Partenaires des projets, acteurs de développement de l'accompagnement social-santé impliqués au niveau local
- Objet? 2 tours de consultation anonyme par mail
 - 1^{er} tour - Questionnaire : stratégies déployées dans le projet (I, M et A), évaluation de ses effets (O), éléments de contexte, locaux et en vue d'un transfert sur d'autres quartiers (C)
 - 2^{ème} tour - Résumé : résultats de l'analyse documentaire, entretiens avec les coordinateurs, 1^{er} tour de la consultation

10

10

Méthodologie: Entretiens auprès des personnes âgées

- Participants?
 - Focale sur les personnes accompagnées par les projets
 - Recrutement?
 - Profils variés: caractéristiques individuelles, besoins, accompagnements réalisés
 - Via les équipes de coordination
 - Objet?
 - Vécu de l'accompagnement par les projets
 - Potentiels effets sur leur bien-être et leurs conditions de vie
 - Plus-value des projets pour les seniors bruxellois
- 24 personnes rencontrées, à leur domicile ou dans un lieu de permanence des projets

11

11

Méthodologie: Revue de littérature

Revue de littérature internationale ciblée, sur 5 questions-clé de l'analyse:

- Comment favoriser l'acceptabilité sociale et culturelle et atteindre les publics les plus éloignés?
- Comment intégrer les acteurs sanitaires et sociaux?
- Quelle articulation entre fonction de relais et d'accompagnement?
- Quelles modalités d'implication des pouvoirs publics locaux?
- Quels éléments pour déterminer l'échelle territoriale pertinente?

→ Préciser les leviers et barrières à la transposabilité

12

12

Méthodologie: Entretien de groupe

- Objet? Validation et Transposabilité des constats posés dans les étapes précédentes
 - Présentation et discussion des 3 configurations ICAMO
- Participants? Acteurs de développement de l'accompagnement social-santé au niveau régional

→ 8/23 personnes issues: administrations (=3), organismes à mission de service public (=3), milieu universitaire et scientifique (=2), fédérations d'acteurs (=0)

13

13

Eléments de monographie des projets pilotes

Analyse intra-cas

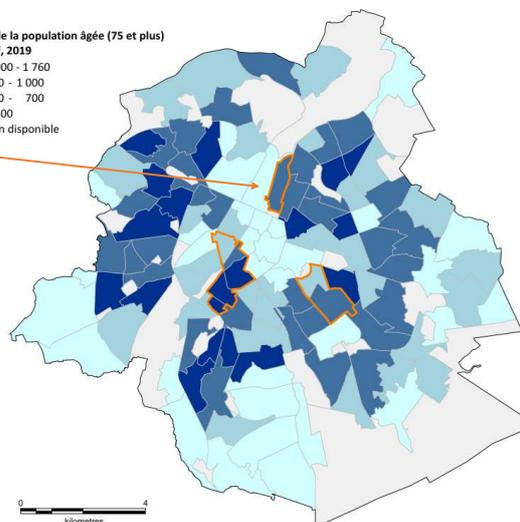
14

14

CitiSen: Carte d'identité

- Zone: Quartier Brabant – commune Schaerbeek
- Porteur: asbl Maison Biloba
- Partenaires initiaux: CPAS de Schaerbeek, vzw EVA, Maison Médicale du Nord, Dionysos, Services Sociaux des Quartiers 1030
- Equipe: Chargée de projet & Assistant à opérationnalisation des Ruches
- En chiffres: 19.327 habitants dont 7,6% de +65ans (1.474); dont 43% de nationalité étrangère; Précarité financière: >1/3 bénéficiaires du BIM -> 40% chez les +65ans

Densité de la population âgée (75 et plus)
hab./km², 2019



15

15

CitiSen: Éléments de l'analyse intra-cas

ENTRÉE EN CONTACT ET DÉTECTION DES SENIORS EN SITUATION DE FRAGILITÉ	PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE ET GLOBALISÉE DES SENIORS	CRÉATION D'UN CADRE ENVIRONNEMENTAL FAVORABLE AUX SENIORS
Points d'appui locaux: Ruches	Réseaux d'acteurs santé et accompagnement social	Formations « premiers secours »
Connecteurs de proximité	Réseau d'acteurs formels et informels	Actions « sécurité » et sensibilisation aux réalités de la vieillesse

16

16

Accompagnements réalisés par CitiSen: Profils (N=304)

AGE	
Minimum - Maximum	27-92 ans
Moyenne	65,4 ans
SEXE	
Part de Femmes	70%
STATUT ISOLÉ	
	43%
STATUT ALLOPHONE	
	51%
QUARTIER D'HABITATION du projet	
	93%
AIDANT PROCHE IDENTIFIÉ	
	86%
GÉNÉRALISTE OU INSCRIPTION MAISON MEDICALE	
	94%
PROFESSIONNEL RELAI IDENTIFIÉ	
	20%

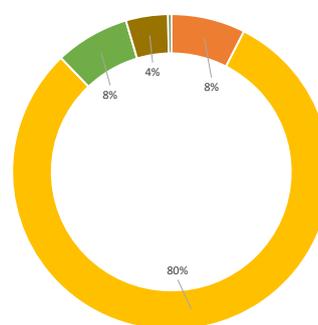
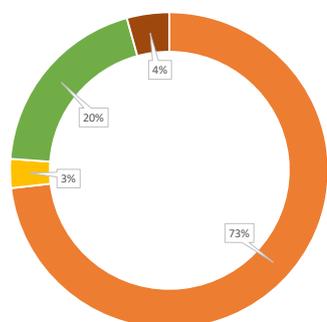
SOURCE DE REVENUS	
	N=295
Pension	59%
Allocations (handicap/mutuelle)	25%
Allocations sociales	7%
Chômage	5%
Sans revenus propres	4%

17

17

Accompagnements réalisés par CitiSen: Initiateur et Lieu du premier contact (N=304)

■ Personne âgée ■ Aidant proche
■ Intervenant dans le projet ■ Autres

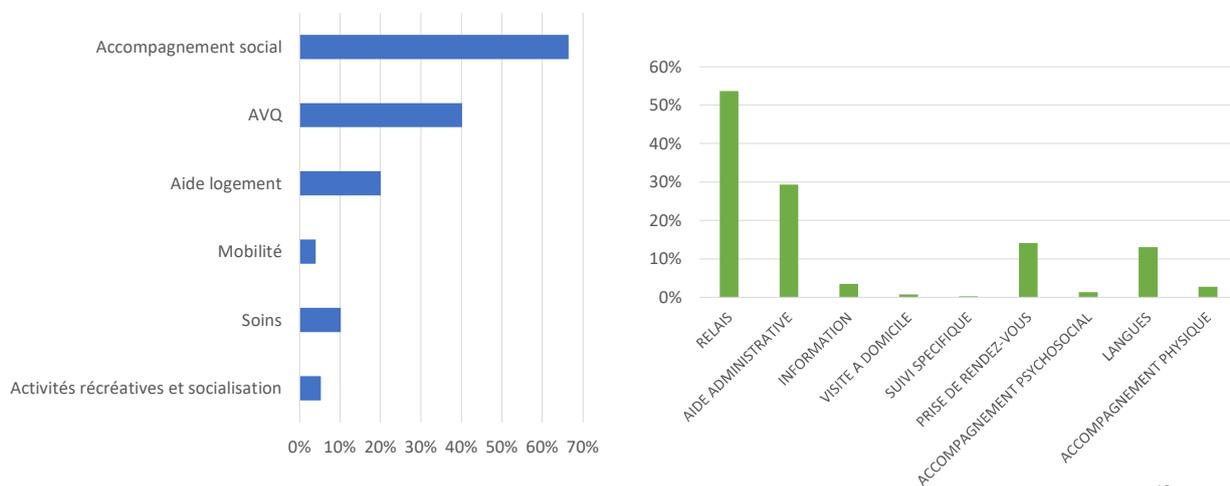


■ Domicile ■ Point de contact ■ Téléphone
■ Mail ■ Rue ■ Autre

18

18

Types de besoins identifiés et d'aides fournies par CitiSen (N=304)

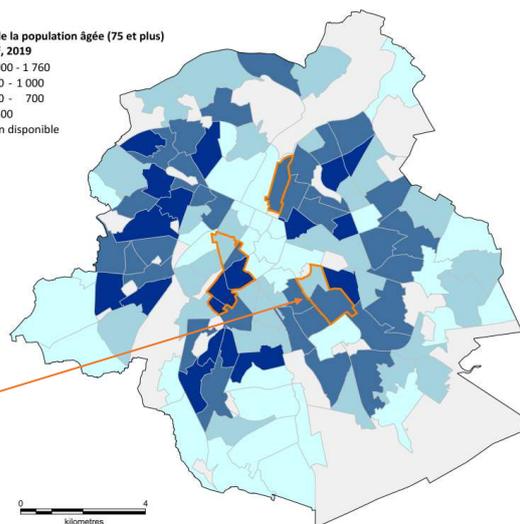


19

Senior solidarité: Carte d'identité

- Zone: Quartiers Chasse & Jourdan – Etterbeek
- Porteur: service communal Contact Plus
- Partenaires initiaux: Maison médicale du Maelbeek, CPAS d'Etterbeek, Maison de quartier Chambéry et Klinikare
- Equipe: Chargée de projet & Zorgcoach
- En chiffres: 27.070 habitants dont 9,6% de +65ans (2.607); dont 43% de nationalité étrangère; Risque de perte d'autonomie: 30% des +65ans ont +/-80ans

Densité de la population âgée (75 et plus)
hab./km², 2019



0 4
kilomètres

20

20

Senior solidarité: Éléments de l'analyse intra-cas

ENTRÉE EN CONTACT ET DÉTECTION DES SENIORS EN SITUATION DE FRAGILITÉ	PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE ET GLOBALISÉE DES SENIORS	CRÉATION D'UN CADRE ENVIRONNEMENTAL FAVORABLE AUX SENIORS
Détection précoce systématisée	Accompagnement par le Zorgcoach	Participation « semaine des aînés »
Senior GazEtt	Fiche d'entretien	
Points d'appui locaux: ligne téléphonique	Arbre décisionnel du Zorgcoach	
	Réseau d'acteurs santé et accompagnement social	
	Réseau d'acteurs formels et informels	

21

21

Accompagnements réalisés par Senior solidarité: profils (N=146)

AGE	
Minimum - Maximum	51-101 ans
Moyenne	79,5 ans
SEXE	
Part de Femmes	79%
STATUT ISOLÉ	80%
STATUT ALLOPHONE	1%
QUARTIER D'HABITATION du projet	64%
AIDANT PROCHE IDENTIFIÉ	50%
GÉNÉRALISTE OU INSCRIPTION MAISON MEDICALE	97%
PROFESSIONNEL RELAI IDENTIFIÉ	39%

SOURCE DE REVENUS	N=87*
Pension	87%
Allocations sociales	6%
Allocations (handicap/mutuelle)	3%
Indépendant	1%
Sans revenus propres	2%

NIVEAU DE REVENUS	N=87*
<1.000€	3%
1.000 - 1.500 €	57%
1.501 - 2.000 €	30%
2.001 - 2.500 €	2%
>2.500 €	7%

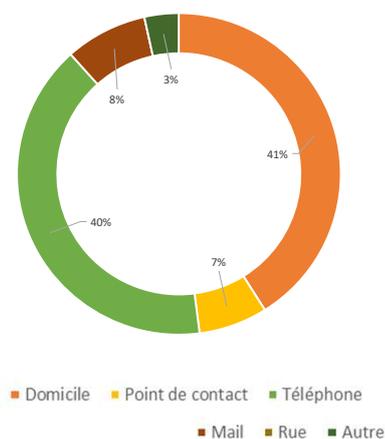
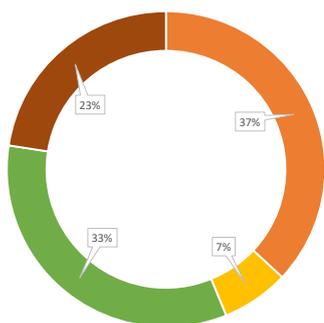
*Données=2021

22

22

Accompagnements réalisés par SeSol: Initiateur et Lieu du premier contact (N=146)

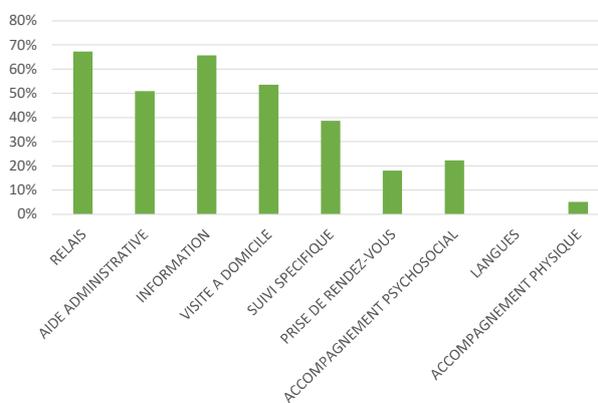
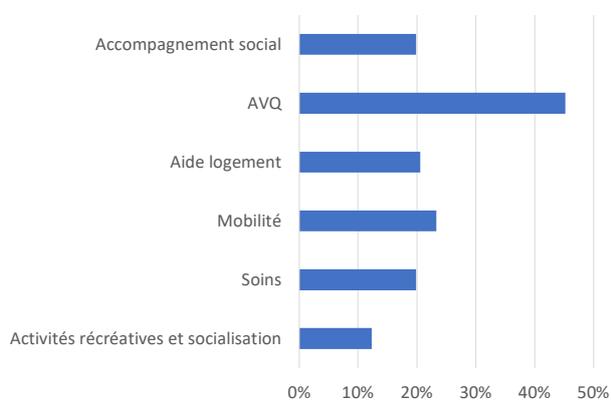
■ Personne âgée ■ Aidant proche
■ Intervenant dans le projet ■ Autres



23

23

Types de besoins identifiés et d'aides fournies par Senior solidarité (N=146)



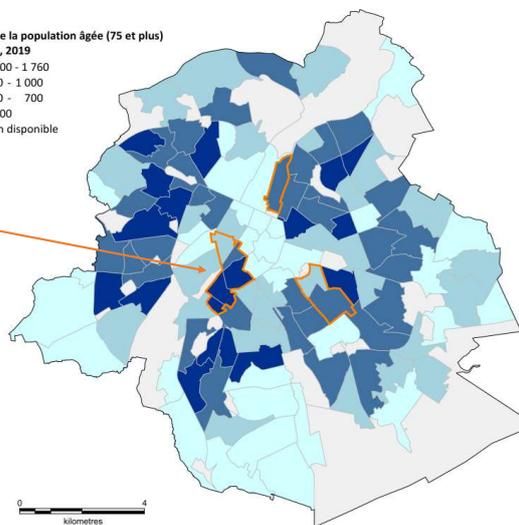
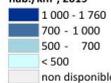
24

24

Zoom Seniors: Carte d'identité

- Zone: Quartiers Anneessens, Stalingrad, Marolles (Bruxelles-ville) et Porte de Hal, Bosnie (Saint-Gilles)
- Porteur: asbl Gammes
- Partenaires initiaux: CPAS de Bruxelles et Saint-Gilles; CHU Saint-Pierre; Maisons de quartier; Mutuelles; Kenniscentrum WWZ; Alzheimer Belgique; FMSB; BOT; Huis voor Gezondheid; CBCS; Aidants Proches Bruxelles; Maison Médicale des Marolles; RMLB; Zorggroep Eclips; Service social juif; Cosedi
- Equipe: Chargé de projet & Facilitatrice seniors
- En chiffres: 47.515 habitants dont 9,8% de +65ans (4.672); dont 41% de nationalité étrangère; Forte densité (dernier quintile)

Densité de la population âgée (75 et plus)
hab./km², 2019



25

25

Zoom Seniors: Eléments de l'analyse intra-cas

ENTRÉE EN CONTACT ET DÉTECTION DES SENIORS EN SITUATION DE FRAGILITÉ	PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE ET GLOBALISÉE DES SENIORS	CRÉATION D'UN CADRE ENVIRONNEMENTAL FAVORABLE AUX SENIORS
Points d'appui locaux: Permanences chez les partenaires	Arbres décisionnels	Association avec des projets ou initiatives locales pour améliorer le bien-être dans le quartier
Ateliers de sensibilisation à la veille pour les non professionnels du soin	Réseaux d'acteurs santé et accompagnement social	
Colis	Réseau d'acteurs formels et informels	

26

26

Accompagnements réalisés par Zoom Seniors: Profils (N=231)

AGE	
Minimum - Maximum	35-93 ans
Moyenne	71,7 ans
SEXE	
Part de Femmes	76%
STATUT ISOLÉ	
	87%
STATUT ALLOPHONE	
	39%
QUARTIER D'HABITATION du projet	
	100%
AIDANT PROCHE IDENTIFIÉ	
	45%
GÉNÉRALISTE OU INSCRIPTION MAISON MEDICALE	
	89%
PROFESSIONNEL RELAI IDENTIFIÉ	
	43%

SOURCE DE REVENUS		N=157*
Pension		59%
Allocations (handicap/mutuelle)		10%
Allocations sociales		20%
Salarié		1%
Chômage		9%
Sans revenus propres		2%
NIVEAU DE REVENUS		N=155*
<1.000€		17%
1.000 - 1.500 €		80%
1.501 - 2.000 €		3%
2.001 - 2.500 €		0%
>2.500 €		0%

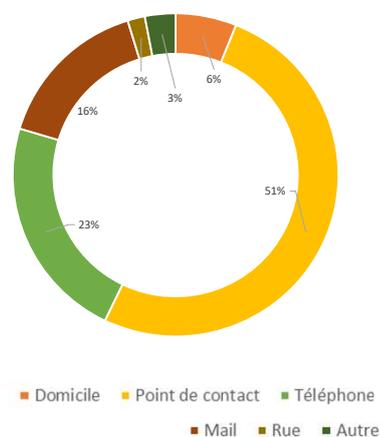
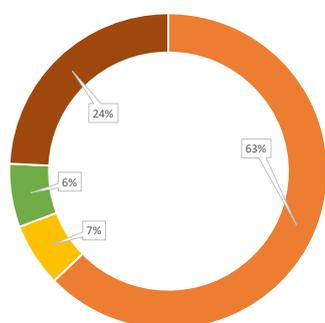
*Données=2021

27

27

Accompagnements réalisés par Zoom seniors: Initiateur et Lieu du premier contact (N=231)

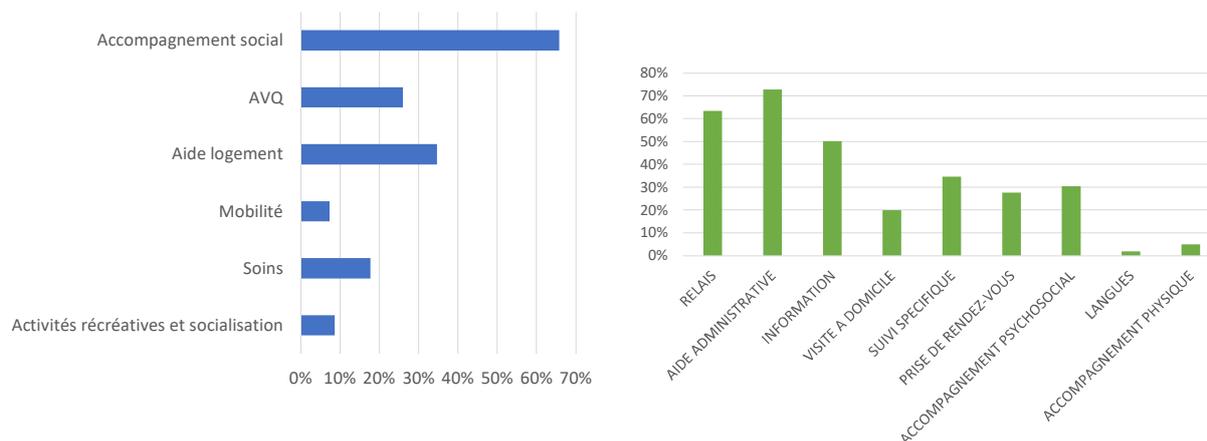
■ Personne âgée ■ Aidant proche
■ Intervenant dans le projet ■ Autres



28

28

Types de besoins identifiés et d'aides fournies par Zoom seniors (N=231)



29

29

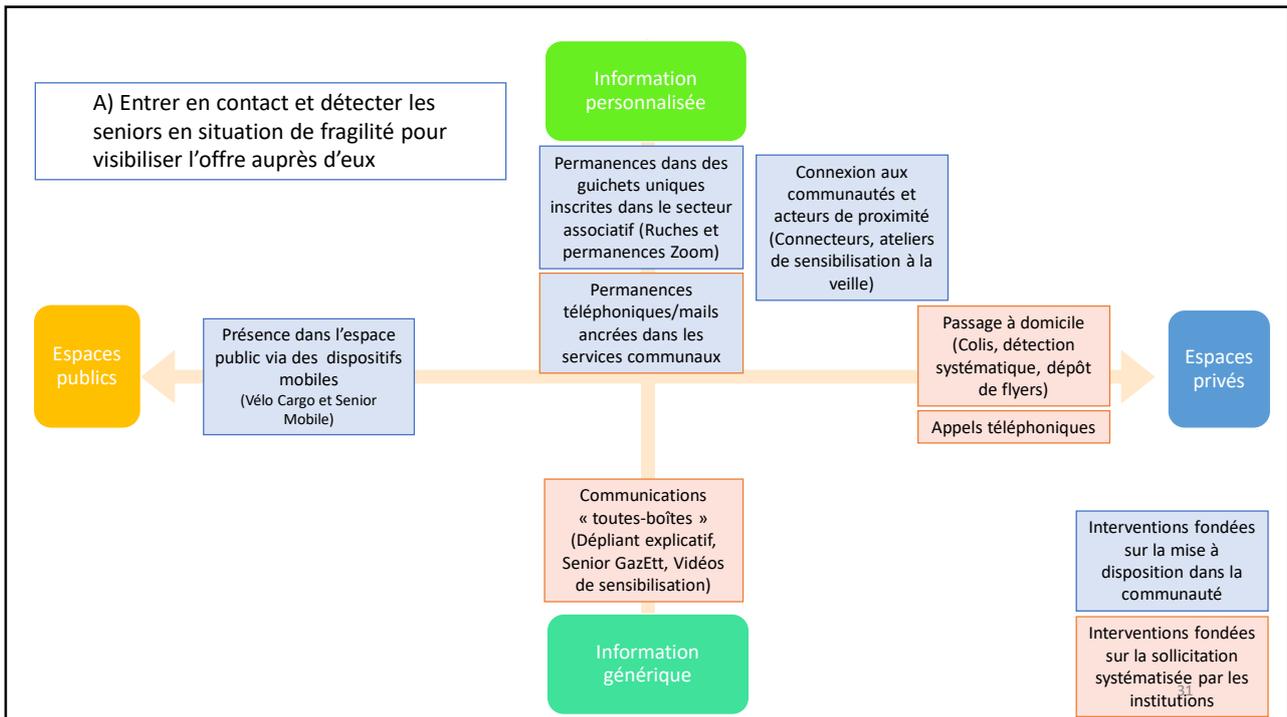
Présentation des deux modèles issus de l'analyse réaliste: *Distribution dans la communauté* versus *Institutionnalisation*

Céline MAHIEU

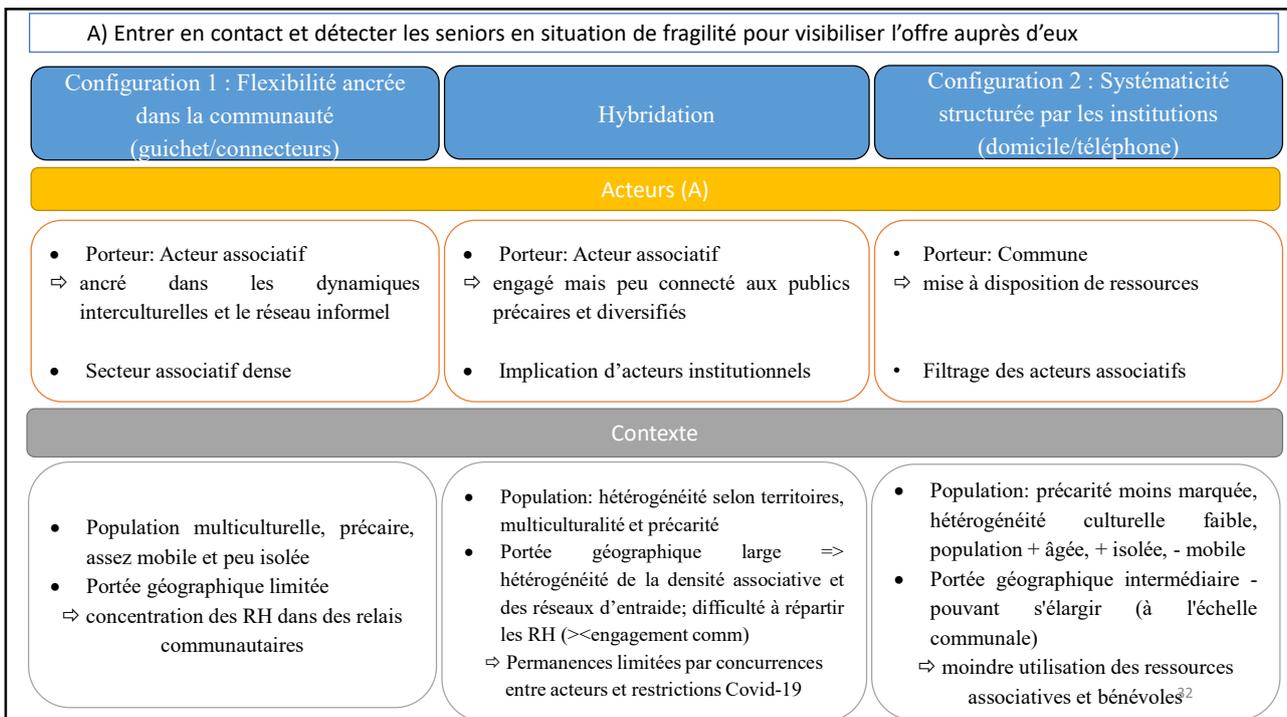
Université libre de Bruxelles

30

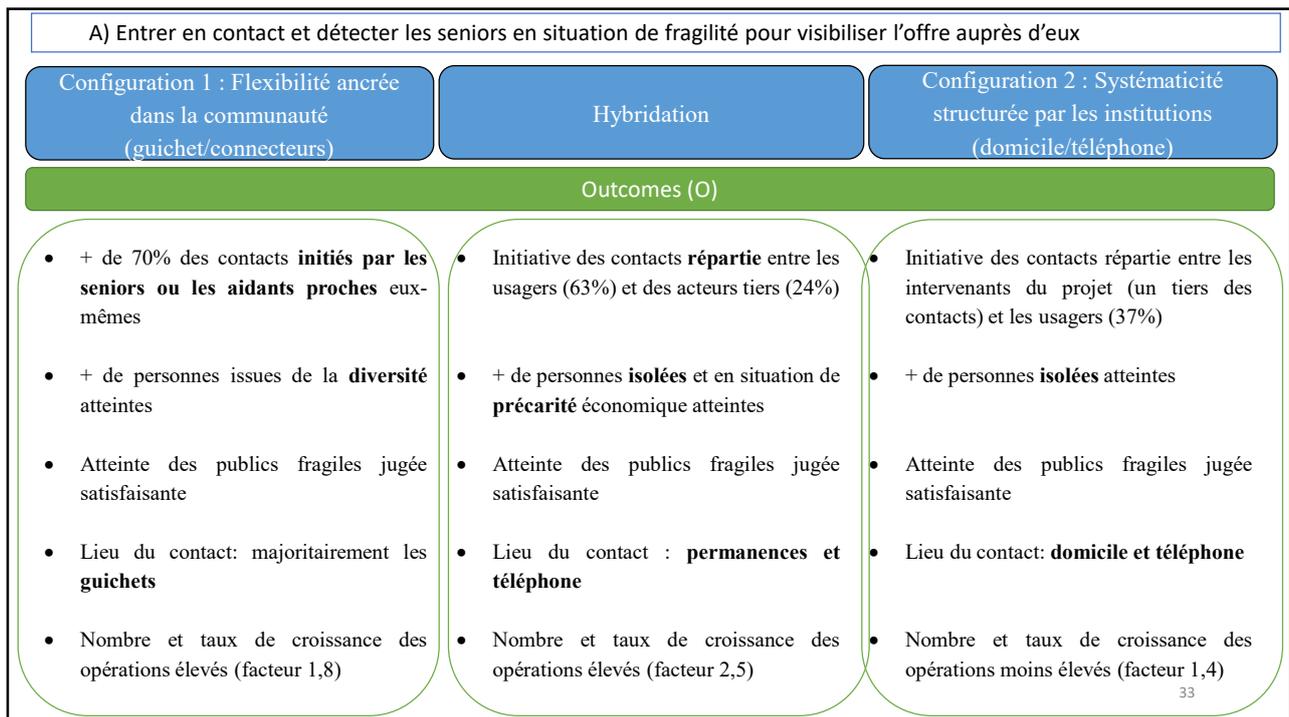
30



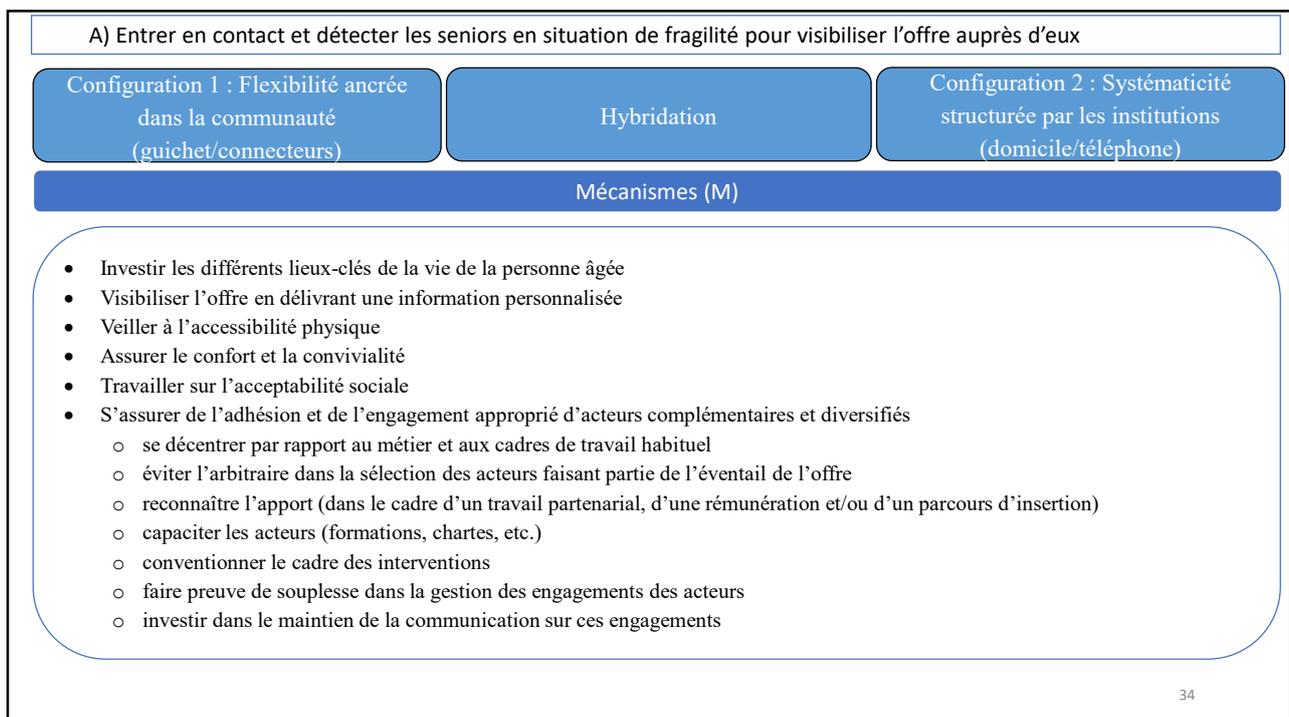
31



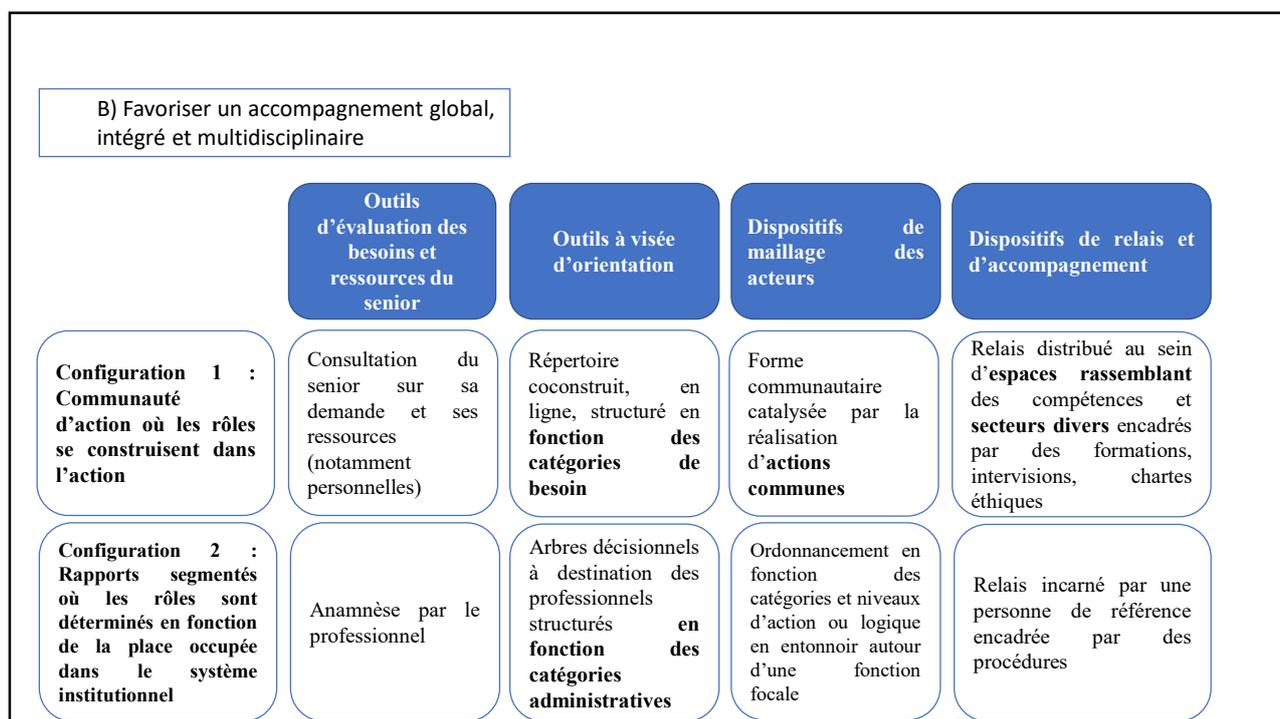
32



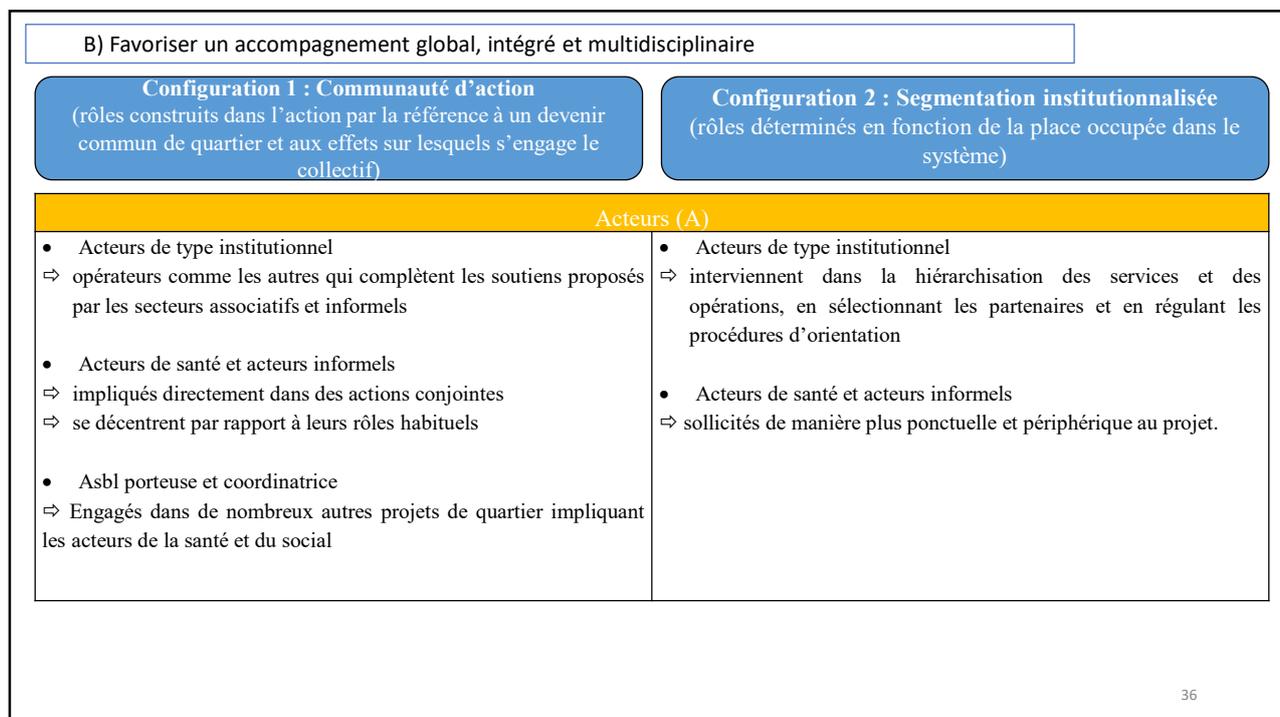
33



34



35



36

36

B) Favoriser un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire

Outcomes (O)

- Au niveau des seniors
 - Satisfaction des seniors rencontrés
 - Peu ou pas d'identification des outils
- Au niveau du projet
 - Processus d'identification des besoins (y compris non exprimés par les seniors eux-mêmes)
 - Conservation d'une trace écrite des besoins en vue d'accompagnements futurs
 - Vue multidimensionnelle des besoins :
 - Dominantes chez CitiSen et Zoom Seniors : Accompagnement social, d'Aide à la vie quotidienne et d'Aide au logement
 - Dominante chez Senior Solidarités : Aide à la vie quotidienne, puis Aide à la mobilité
 - Les besoins identifiés en termes de Soins n'arrivent qu'en quatrième position
- Au niveau des partenariats/du réseau
 - Moindre implication des acteurs de la santé et prédominance des acteurs de l'accompagnement social et des aides à la vie quotidienne (en correspondance avec l'analyse des besoins des seniors)

37

37

B) Favoriser un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire

Configuration 1 : Communauté d'action (rôles construits dans l'action par la référence à un devenir commun de quartier et aux effets sur lesquels s'engage le collectif)

Configuration 2 : Segmentation institutionnalisée (rôles déterminés en fonction de la place occupée dans le système)

Outcomes (O)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Volonté d'intégrer des ressources de la personne et son rôle d'acteur • Participation des habitants au répertoire (vivant, personnalisé, « faisant sens ». Mais risque d'obsolescence rapide et manque de hiérarchisation des acteurs en fonction de leur action réelle • Implications croisées bénéficiant aux seniors mais aussi aux professionnels en augmentant la qualité de l'accompagnement et en favorisant la rencontre d'autres publics du quartier • Distribution des formes des références vers toutes les catégories d'acteurs (social/santé, formel/informel) • Investissements importants requis pour la stabilisation des interactions avec les partenaires (formations, etc.) • Empiètement modéré de la logique d'accompagnement sur celle de relais | <ul style="list-style-type: none"> • Volonté de ne pas se baser uniquement sur problème énoncé par la personne • Risque d'un « filtre » des acteurs institutionnels, et d'arbres décisionnels « figés » dans le respect de la hiérarchie et de la segmentation des relations antérieures • Segmentations entre catégories d'acteurs structurent l'action des projets et leur permettent d'approfondir les liens intra-segments, mais limitent les relations inter-segments. • Aide informelle très peu mobilisée • Empiètement fort de la logique d'accompagnement sur celle de relais (aide administrative : dans 51% des opérations chez Senior Solidarité et 73% chez Zoom Seniors) et de l'accompagnement psychosocial (respectivement 22% et 30% des cas) |
|---|--|

38

38

B) Favoriser un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire

Configuration 1 : Communauté d'action (rôles construits dans l'action par la référence à un devenir commun de quartier et aux effets sur lesquels s'engage le collectif)

Configuration 2 : Segmentation institutionnalisée (rôles déterminés en fonction de la place occupée dans le système)

Mécanismes (M)

- Identifier les besoins (y compris non exprimés) et les ressources du senior (y compris les siennes et celles de son réseau)
- S'appuyer sur le réseau existant sans prendre la place des différentes catégories d'acteurs qui le constituent et démontrer la plus-value du projet pour les professionnels et pour les seniors
- Impliquer la diversité des acteurs de terrain au concret des actions menées
- Enrôler les hiérarchies
- Investir du temps et communiquer sur le projet dans les associations, organisations et autres projets du quartier (pour le coordinateur)
- Se décentrer par rapport à son ancrage métier et institutionnel (pour les professionnels impliqués)
- Mobiliser la référence au public, au quartier et à la dimension exploratoire du projet-pilote comme catalyseurs
- Personnaliser les formes d'accompagnement proposées
- Construire un réseau distribué au sein d'espaces rassemblant des compétences et secteurs divers Versus incarner de la fonction d'accompagnement par une personne identifiable
- Développer une éthique relationnelle

39

C. Contribuer à la création d'un cadre de vie favorable aux personnes âgées

Interventions (I)

- Diagnostic
- Activités de sensibilisation aux réalités des seniors à destination de différents acteurs du quartier
- Activités d'information et de formation à destination des aidants et des seniors
- Promotion ou la participation à des activités existantes améliorant le bien-être dans le quartier
- Implication dans des projets institutionnels locaux visant la cohésion sociale et la collaboration entre secteurs de l'accompagnement social et de la santé

Configuration 1 : Accent sur l'(in)formation des aidants, seniors et des autres acteurs du quartier aux réalités des seniors

Configuration 2 : Accent sur la Promotion ou la participation à des activités existantes améliorant le bien-être dans le quartier

Acteurs (A)

- Implication et le partenariat avec des acteurs associatifs et professionnels spécialisés
- Commune comme partenaire privilégié

Contexte (C)

- Covid-19 comme entrave à la mise en œuvre et à la visibilité des interventions

40

40

C. Contribuer à la création d'un cadre de vie favorable aux personnes âgées

Configuration 1 : Accent sur l'(in)formation des aidants, seniors et des autres acteurs du quartier aux réalités des seniors

Configuration 2 : Accent sur la Promotion ou la participation à des activités existantes améliorant le bien-être dans le quartier

Outcomes (O)

- Interventions collectives menées dans ce cadre globalement appréciées
- Manque de visibilité de ces interventions
- Objectif d'amélioration du cadre de vie moins approprié par les acteurs
- Manque de visibilité dû à la multiplication des initiatives locales et à la difficulté à articuler les engagements des partenaires en fonction :
 - Des différences en termes d'échelle territoriale
 - Des différences en termes de publics

Mécanismes (M)

- Exploiter les éléments du diagnostic
- Donner de la visibilité à ces interventions
- Organiser les activités dans les points de contact du projet
- Fixer un cadre qui garantisse une écoute active
- S'associer à des intervenants (professionnels, associations, institutions) dont la reconnaissance et l'expertise sont avérées
- Faire preuve de souplesse quant aux différents niveaux de compétences déjà maîtrisées
- Organiser la réciprocité des compétences et attitudes échangées
- Articuler l'échelle territoriale d'intervention et le public visé par le projet à celles des autres initiatives locales social-santé visant des publics vulnérables

41

41

	Modèle 1 Distribution dans la communauté	Modèle 2 : Institutionnalisation
A) <u>Entrer en contact et détecter</u> les seniors en situation de fragilité pour visibiliser l'offre auprès d'eux	Flexibilité ancrée dans la communauté <i>Guichet/connecteurs</i>	Systématicité structurée par les institutions <i>Domicile/téléphone</i>
B) <u>Favoriser un accompagnement global,</u> intégré et multidisciplinaire	Communauté d'action <i>Rôles construits par référence à un devenir commun de quartier et aux effets sur lesquels s'engage le collectif</i>	Segmentation institutionnalisée <i>Rôles déterminés en fonction de la place occupée dans le système</i>
C) <u>Contribuer à la création d'un cadre de vie favorable aux personnes âgées</u>	Accent sur l'(in)formation des aidants, seniors et des autres acteurs du quartier aux réalités des seniors	Accent sur la Promotion ou la participation à des activités existantes améliorant le bien-être dans le quartier

42

42

	Modèle 1 Distribution dans la communauté	Modèle 2 : Institutionnalisation
Implication des pouvoirs locaux	Flexible Ancrée dans la communauté	Systématique Ancré dans les institutions
Caractéristiques du public visé	Diversité sociale et culturelle Public globalement intégré aux communautés du quartier	Plus forte homogénéité sociale et culturelle Isolement des publics
Echelle territoriale	Quartier	Groupement de quartiers ou communes
Acteurs impliqués	Participation diversifiée et distribuée entre les différents acteurs (social/santé, formel/informel)	Participation fondée sur les rapports de confiance privilégiés entretenus par les acteurs institutionnels avec certains partenaires
Modalités de collaboration	Relais vers et avec les partenaires Continuité organisée autour des lieux décentralisés d'accueil des publics	Implication des équipes de coordination dans l'accompagnement direct des seniors, incarnant celui-ci

43

43

Quelles leçons tirer de l'expérience des projets pilotes pour penser la transférabilité?

Dominique VERTE

Vrij Universiteit Brussel

44

44

Réflexions sur la transférabilité



- A. Comment favoriser l'acceptabilité sociale et culturelle des différents points d'information et atteindre les publics les plus éloignés ?
- B. Comment intégrer les acteurs sanitaires et sociaux aux modèles ?
- C. Quelle articulation entre fonction de relais et fonction d'accompagnement ?
- D. Quelles modalités d'implication des pouvoirs publics locaux sont pertinentes ?
- E. Quels éléments permettent de déterminer l'échelle territoriale pertinente ?

45

45

Méthodologie: Collectes de données

Sept sources de données combinées

1. Analyse documentaire
2. Données quantitatives des projets
3. Entretiens qualitatifs individuels avec les coordinateurs des projets pilotes
4. Policy Delphi ajusté avec les partenaires des projets et des acteurs de développement de l'accompagnement social-santé au niveau local
5. Entretiens qualitatifs individuels auprès des personnes âgées
6. Revue de littérature internationale ciblée
7. Entretien de groupe avec des acteurs de développement de l'accompagnement social-santé au niveau régional

46

46

Acceptabilité sociale et culturelle

Travail relationnel: « l'accès aux services en comblant la distance relationnelle entre les résidents et les prestataires de services » (Carlsson & Pijpers, 2020)



- Proximité géographique nécessaire mais insuffisante
- Implication des figures-clés
- Présence des travailleurs de première ligne
- ⇒ Accès pour les groupes minoritaires
- ⇒ Détection précoce

Accent sur l'*outreaching*

Accent sur les rôles des assistants sociaux (le logement comme fil conducteur)

Accent sur la capacité informelle (boulangers, bouchers, pharmaciens, habitants du quartier,...) Préoccupation : relative absence des médecins généralistes



47

47

Intégration des acteurs social-santé

Obstacles

- Conceptions du système axées sur l'offre
- Problèmes financiers et législatifs
- Frictions entre les professionnels et les organisations, reflet de la fragmentation des différents systèmes impliqués (Nies 2006, p. 394)
- Règles et réglementations organisationnelles et procédurales de chaque secteur (Billings, J. et Leichsenring, K., 2005)
- Expertise externe et capacité de gestion limitées (Ovretveit et al., 2010)
- Relations de pouvoir entre les services nouvellement intégrés et les professionnels (Glendinning, 2003)



48

48

Intégration des acteurs social-santé

Nomological network of Organisational Empowerment (Janssen et al., 2015)

- Niveau intra-organisationnel
 - Sélectionner le représentant de chaque organisation : compétences en communication et en coopération
 - Développer la confiance entre professionnels, organisations et décideurs
 - Laisser les modes de coopération à l'appréciation des professionnels plutôt que les définir en amont (meilleure adaptation au contexte local)
- Niveau inter-organisationnel
 - Définir clairement les tâches et responsabilités
 - Soigner les structures de communication
- Niveau extra-organisationnel
 - Agir (professionnels et organisations) en tant que « défenseurs du mode de travail des soins intégrés »
 - Prendre en compte (décideurs) l'expertise des professionnels



49

49

Intégration des acteurs social-santé

- Complémentarité des compétences des acteurs de la santé et de l'accompagnement social
- Manières de construire la confiance différentes
- Paradigme de l'intervention biomédicale
- Hiérarchie des besoins des personnes âgées



50

50

Articulation entre fonction de relais et fonction d'accompagnement

- Accompagnement direct comme palliatif à des services débordés et personnalisation de l'accompagnement MAIS
- Nette préférence pour un espace de confiance, un lieu au sein duquel s'exerce l'*outreaching*, où les partenaires détachent du personnel et où le coordinateur favorise une nouvelle manière de travailler dans les interactions au concret (modèle de la distribution dans la communauté)
 - Risque de difficultés relationnelles avec certains seniors/aidants
 - Précarité des postes de chargés de projet
 - Confiance peut s'établir et puis être transmise d'un acteur à l'autre à condition que celui-ci soit « validé »
 - Crainte que ces projets ne développent un nouveau service
 - Évitement du sentiment de concurrence éventuelle avec les services existants
 - Réseau de détection plus diffus permet de repérer un grand nombre de personnes âgées ayant des besoins mais qui ne fréquentent pas les services sociaux
 - Risque de surcharge de travail du coordinateur



51

51

Modalités d'implication des pouvoirs publics locaux

« Gouvernance des services publics par quartier » = « la prise de décision collective et/ou la prestation de services publics au niveau infralocal » (Lowndes et Sullivan, 2008)

- permet aux autorités locales de collaborer avec les travailleurs de première ligne
- pour adapter la prestation de services aux besoins des résidents
- et d'accroître l'utilisation et la pertinence des services

(Bartels, 2017; Durose, 2009)



Désaccord sur l'efficacité de ce type de gouvernance à traiter les désavantages subis par les minorités (MacLeavy, 2008)

Travail relationnel et durée nécessaire pour mobiliser les habitants défavorisés doivent être reconnus par les autorités (ne pas se concentrer sur les résultats quantitatifs des projets) (Bartels, 2017; van Dijk et al., 2016)

Travailleurs de première ligne doivent être « à la fois bien informés et crédibles pour les gens des différents côtés des frontières. Ils doivent être conscients des normes – formelles et informelles – des deux systèmes, ainsi que des opérations et de la politique organisationnelle » (van Hulst et al., 2012)

52

52

Modalités d'implication des pouvoirs publics locaux

- Dans les cas où la commune veut le **leadership** et ne l'obtient pas, le risque est grand que les services communaux se désengagent
- **Négocier très tôt** l'inclusion des autorités locales dans le partenariat et trouver des solutions avec elles:
 - En « **saisissant le momentum** » que représente actuellement le développement des coordinations social-santé à Bruxelles
 - En **reliant le projet** aux enjeux actuels des pouvoirs locaux au sein d'une même communauté d'action, tendue vers des réalisations communes
- « Dans ma commune, c'est une autre logique, on ne voit pas pourquoi on se disperserait dans un réseau »



=> Importance du contexte

53

53

Modalités d'implication des pouvoirs publics locaux

- Mission de renforcement du réseau par le projet: à développer à un échelon territorial supérieur (la commune)
- Mission de mise en contact avec les personnes fragilisées: à développer au niveau du quartier car la délocalisation y est importante (beaucoup de services ne sont pas présents dans certains quartiers : hôpital, santé mentale, etc.)
- Changement d'échelle: pas de « copier-coller »
 - Les processus nécessaires au démarrage et au maintien de tels modèles organisationnels sont assez génériques (diagnostic de quartier, répertoire des acteurs, profils de risque de la population, etc.)
 - Mais la mise en œuvre concrète est tellement spécifique au contexte que les processus doivent être correctement mis en œuvre par zone



54

54

En conclusion



- Travail relationnel au centre du dispositif
 - Niveau inter-individuel (*outreaching* mené auprès des publics)

Ancrage de l'orientation et de l'accompagnement dans un **espace délocalisé, plutôt qu'une logique incarnée** pour pallier le *turn-over* des professionnels et favoriser le relais entre intervenants au bénéfice des seniors
 - Niveau organisationnel (mise en réseau des acteurs de l'offre d'aides et de soins, dans une logique intégrative)

Nécessite un contexte de réalisation stable, afin que la connaissance du territoire et l'expertise métier puissent se développer.
 - Niveau de la gouvernance locale, dans le cadre de la sensibilisation et de l'alliance avec les pouvoirs publics

- Les pouvoirs locaux: des partenaires **indispensables** => Négocier très tôt l'inclusion des autorités locales dans le partenariat et de trouver des solutions avec elles en « saisissant le **momentum** » actuel en Région bruxelloise
 - En reliant le projet aux enjeux actuels des pouvoirs locaux au sein d'une même Communauté d'action, tendue vers des **réalisations communes**
 - **Faire des Communes et pouvoirs locaux des partenaires parmi d'autres et de mieux capitaliser le potentiel d'innovation d'un secteur associatif moins engoncé dans des carcans institutionnels**
 - Implication des gens de **terrain**, qui une fois « le pied dedans », font « bouger leur hiérarchie »

55

55

En conclusion



- 3 lignes de force en matière d'intégration du social et de la santé
 - Dynamiques territoriales: le niveau optimum de **mise en contact des seniors** avec les services s'opèrera à **l'échelle de quartier(s)**, le renforcement des **réseaux** (formel-informel, santé-social) s'opèrera plus avantageusement à **l'échelon supérieur (communal)**
 - **Séparation des fonctions de relais et d'accompagnement** entre acteurs afin d'éviter les concurrences et redondances
 - Prédominance des besoins en termes d'aide à la vie quotidienne et d'aide sociale => **construire cette intégration au départ de l'accompagnement social** tout en collaborant avec les acteurs de la première ligne de soins et de **santé les plus à même de repérer une dégradation** de la situation de la personne dans une perspective de détection précoce.

- Importance du contexte

Systematicité adaptée en cas d'isolement des personnes/ Ancrage communautaire adaptée face à la précarité et diversité des publics

56

56

Merci pour votre écoute!

Des questions ?

57