

OBSERVATOIRE
DE LA SANTE
ET DU SOCIAL



VRIJE
UNIVERSITEIT
BRUSSEL



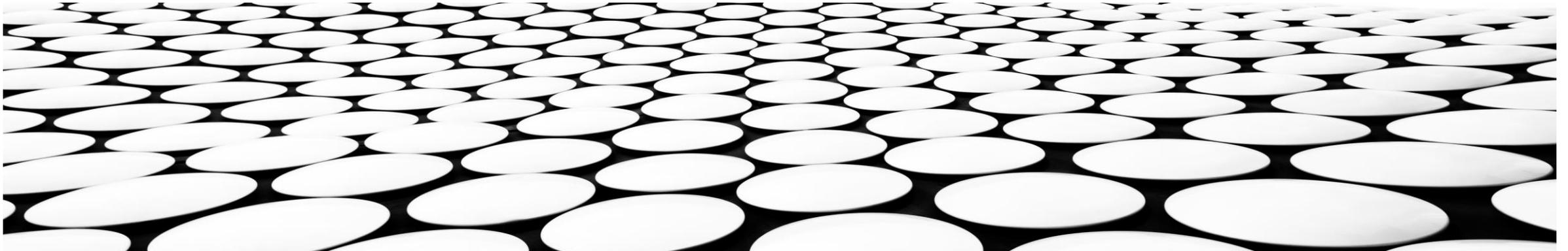
École de
Santé Publique
de l'ULB

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

SENEVAL

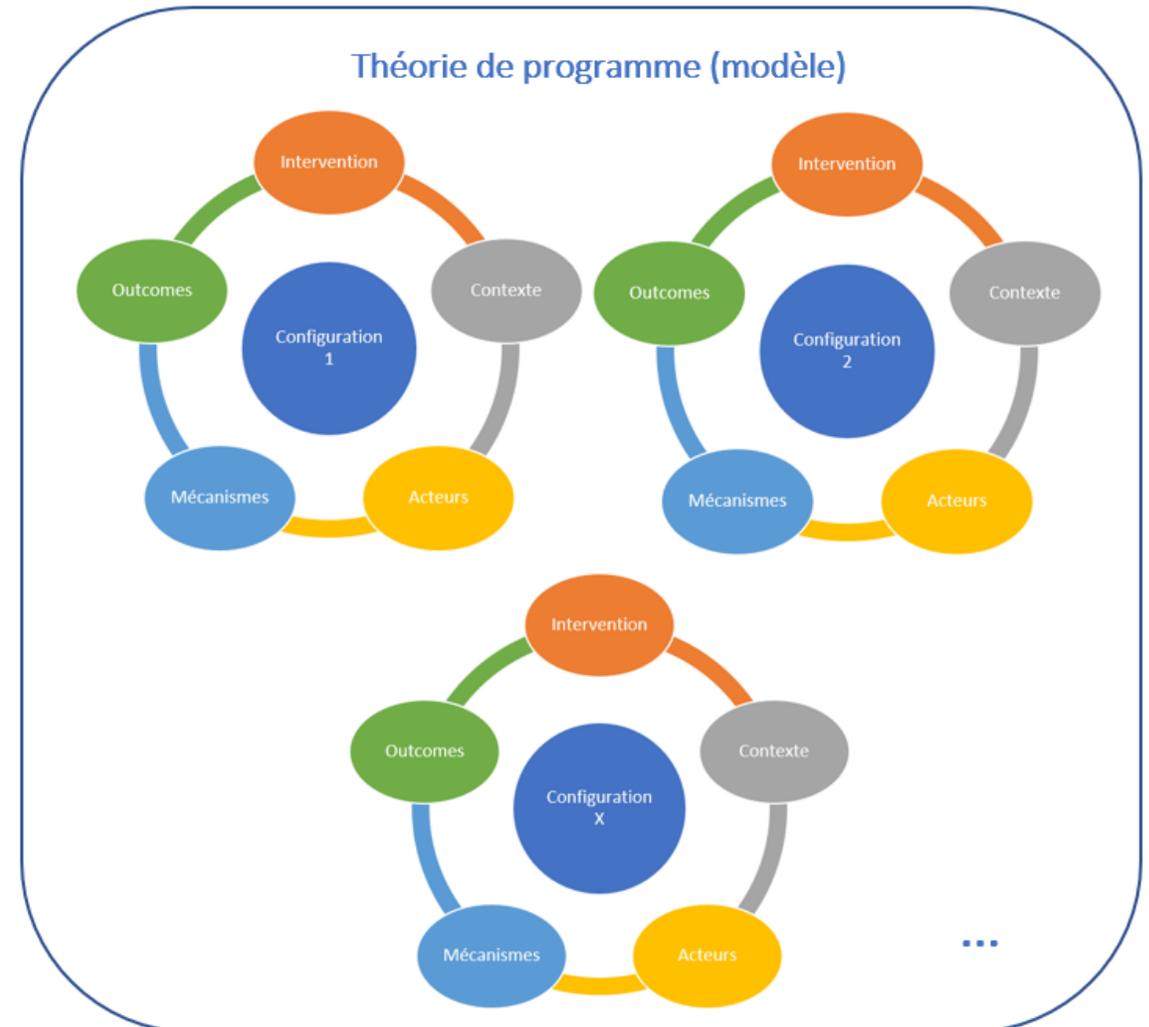
25 janvier 2023

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



Evaluation réaliste de 3 projets-pilotes

L'évaluation de type réaliste permet de mettre en évidence et d'affiner progressivement une « théorie de programme », soit un modèle compris comme un ensemble d'hypothèses identifiées, affinées et validées auprès des acteurs sur la manière dont s'agencent les types d'interventions (I), les éléments de contexte (C), les acteurs (A), les mécanismes (M) et les résultats de ces interventions (O pour « Outcomes ») (Pawson et Tilley 1997).



METHODOLOGIE

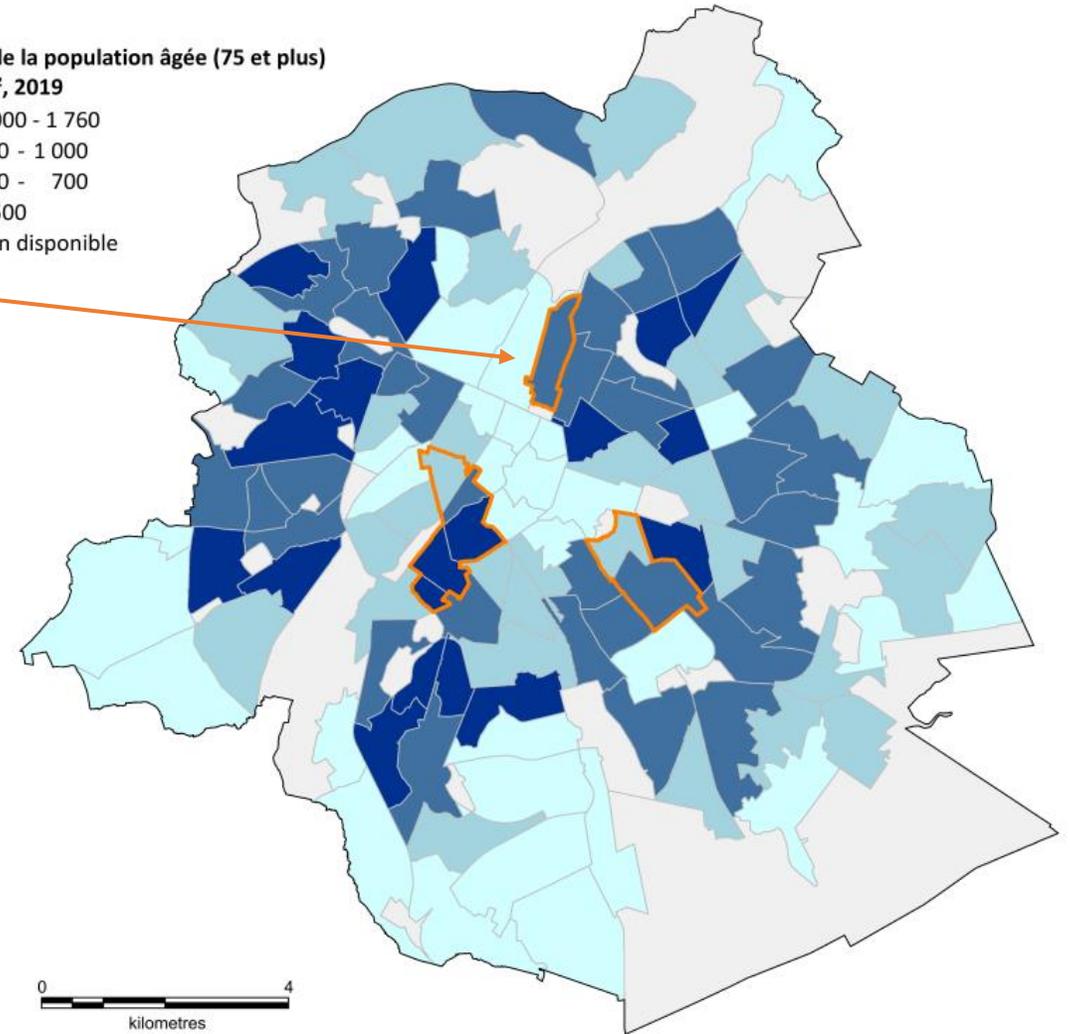
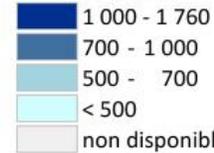
	Phase 1		Phase 2	
	Invités	Répondants	Invités	Répondants
CitiSen	23	10	25	1
Senior Solidarité	13	7	13	0
Zoom Seniors	23	15	26	6

1. Analyse documentaire (outils, rapports, etc. des projets)
2. Données quantitatives produites par les projets
3. Entretiens qualitatifs individuels avec les coordinateurs des projets pilotes
4. Policy Delphi ajusté avec les partenaires des projets (32->7)
5. Entretiens qualitatifs *in situ* auprès des personnes âgées (8 par projet)
6. Revue de littérature internationale ciblée
7. Entretiens de groupe avec des acteurs de développement de l'accompagnement social-santé au niveau régional (8 participants)

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



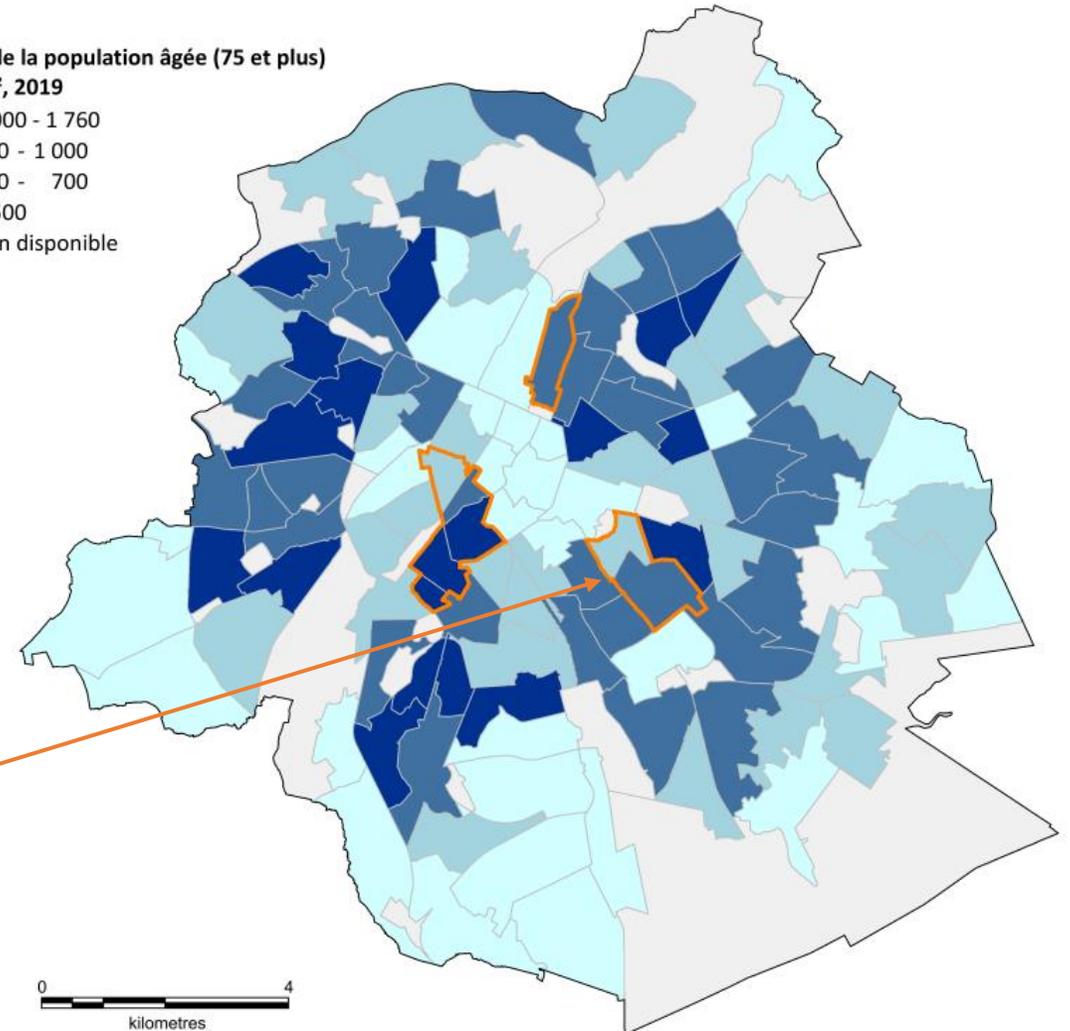
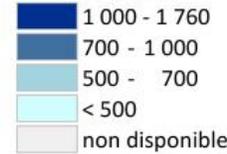
CitiSen: Éléments de l'analyse intra-cas

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 et binômes professionnels/volontaires	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

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

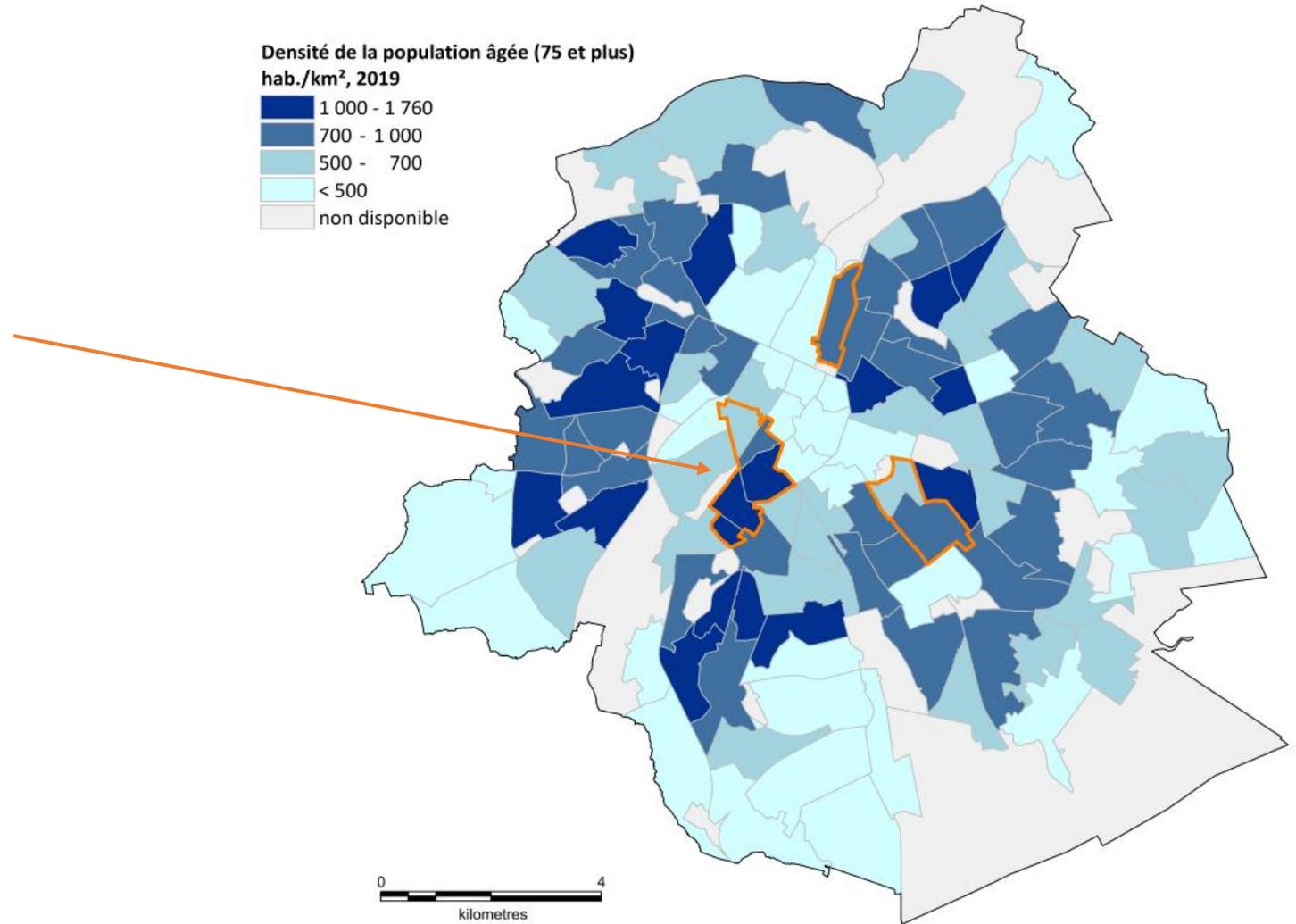


Senior solidarité: Éléments de l'analyse intra-cas

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	

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)



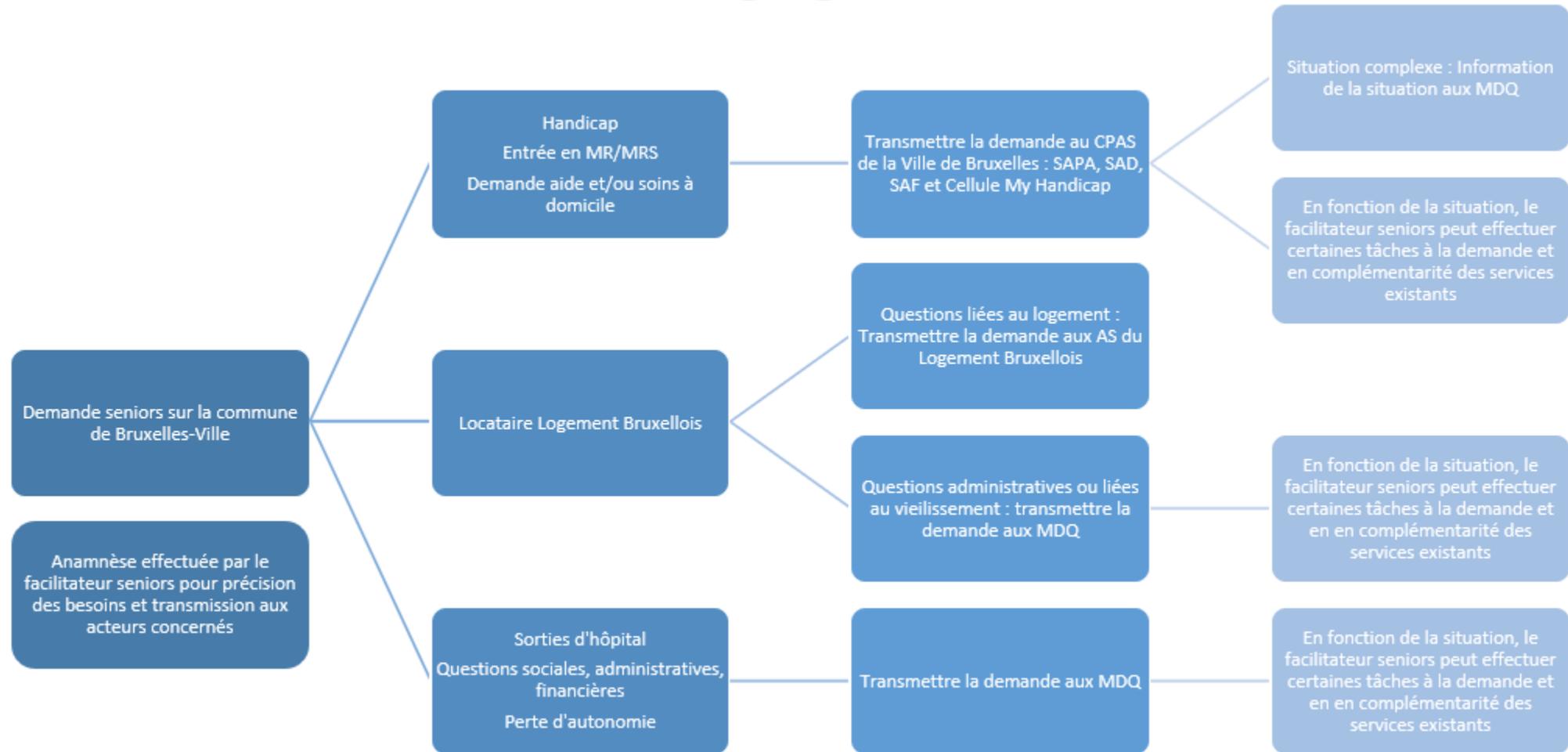
Zoom Seniors: Éléments de l'analyse intra-cas

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: 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 (comité de pilotage)	
Colis	Réseau d'acteurs formels et informels (séparés)	

Analyse inter-cas

- A. Entrée en contact et détection des seniors en situation de fragilité
- B. Prise en charge multidisciplinaire et globalisée des seniors
- C. Création d'un cadre environnemental favorable aux seniors

B) Favoriser un accompagnement global et intégré



Configuration d'action

Configuration où les déterminants de la place occupée dans le système institutionnel

professionnel

fonction des catégories administratives

logique en entonnoir autour d'une fonction focale

encadrée par des procédures

et

in et és, les

ne ce des

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)

Acteurs (A)

- Acteurs de type institutionnel
 - ⇒ opérateurs comme les autres qui complètent les soutiens proposés par les secteurs associatifs et informels
- Acteurs de santé et acteurs informels
 - ⇒ impliqués directement dans des actions conjointes
 - ⇒ se décentrent par rapport à leurs rôles habituels
- Asbl porteuse et coordinatrice
 - ⇒ Engagés dans de nombreux autres projets de quartier impliquant les acteurs de la santé et du social

- Acteurs de type institutionnel
 - ⇒ interviennent dans la hiérarchisation des services et des opérations, en sélectionnant les partenaires et en régulant les procédures d'orientation
- Acteurs de santé et acteurs informels
 - ⇒ sollicités de manière plus ponctuelle et périphérique au projet.

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)

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

- 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**
- 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)

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

- 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

	Modèle 1 <u>Distribution dans la communauté</u>		Modèle 2 : <u>Institutionnalisation</u>
Implication des pouvoirs locaux	Flexible Ancrée dans la communauté		Systematique 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



OBSERVATOIRE
DE LA SANTE
ET DU SOCIAL



VRIJE
UNIVERSITEIT
BRUSSEL



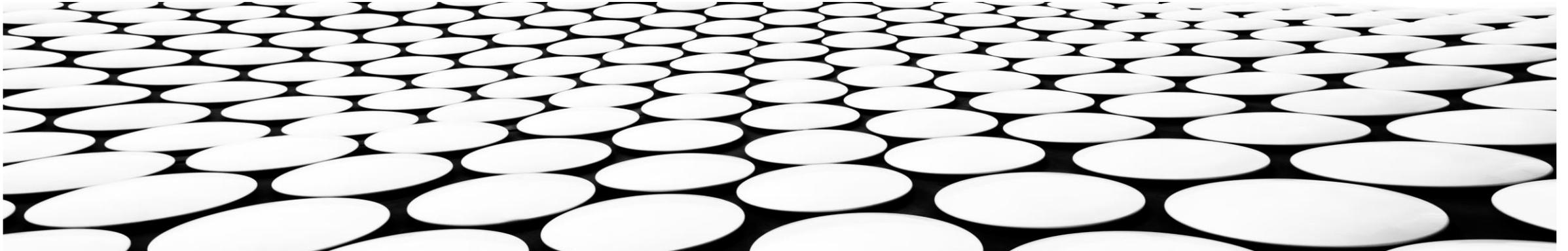
École de
Santé Publique
de l'ULB

Cinq questions transversales pour penser la transférabilité

SENEVAL

Evaluation d'un modèle intégré d'aide et de soins de proximité visant le maintien à domicile des personnes
âgées en Région de Bruxelles-Capitale
12 décembre 2022

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



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 ?

METHODOLOGIE

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 avec les acteurs de développement de l'accompagnement social-santé (32 personnes en première phase, 7 en deuxième phase)

5. Entretiens qualitatifs *in situ* auprès des personnes âgées (8 par projet)

 6. Revue de littérature internationale ciblée

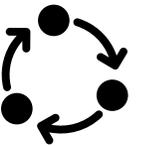
 7. Entretiens de groupe avec des acteurs de développement de l'accompagnement social-santé au niveau régional (8 participants)

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.



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)

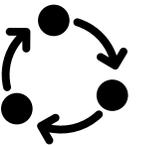
Travailleurs de première ligne doivent être « à la fois bien informés et crédibles pour les gens des différents côtés des frontières. Ils doivent être conscients des normes – formelles et informelles – des deux systèmes, ainsi que des opérations et de la politique organisationnelle »

(van Hulst et al., 2012)



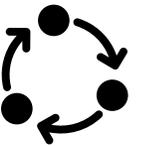
Modalités d'implication des pouvoirs publics locaux

- 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 de trouver des solutions avec elles en « saisissant le momentum » que représente actuellement le développement des coordinations social-santé à Bruxelles et 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



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.



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

Plan du rapport

- Introduction
- Méthodologie
- Monographies (une par projet):
 - 1) Carte d'identité
 - 2) Analyse des interventions, mécanismes acteurs
 - 3) Données quantitatives
- Analyse réaliste transversale (production d'ICAMOs):
 - A) Entrer en contact et détecter les seniors en situation de fragilité pour visibiliser l'offre auprès d'eux
 - B) Favoriser un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire
 - C) Contribuer à la création d'un cadre de vie favorable aux personnes âgées

- 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 ?

• Conclusions

[Seneval - Evaluation d'un modèle intégré d'aide et de soins de proximité visant le maintien à domicile des personnes âgées en Région de Bruxelles-Capitale | Commission communautaire commune \(ccc-ggc.brussels\)](#)

Contact: celine.j.mahieu@ulb.be