

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**

Rapport final – Juillet 2022

MAHIEU Céline ¹(dir.), VERTE Dominique²(dir.), AMERIJCKX Gaëlle³ (dir), VERTE Emily⁴ (dir),
KOUMBA Ruth-Janet¹, STEURS Manon⁴

¹ Ecole de santé publique, Centre de recherche interdisciplinaire en Approches sociales de la santé,
Université libre de Bruxelles.

²Belgian Ageing Studies, Vrije Universiteit Brussel

³Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-capitale

⁴Vakgroep Huisartsgeneeskunde en chronische zorg, Vrije Universiteit Brussel

COLOPHON

Auteurs : Céline MAHIEU (dir.), l'Ecole de santé publique, Centre de recherche interdisciplinaire en Approches sociales de la santé, Université libre de Bruxelles ; Dominique VERTE (dir.), Belgian Ageing Studies, Vrije Universiteit Brussel ; Gaëlle AMERIJCKX (dir), Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad; Emily VERTE (dir), Vakgroep Huisartsgeneeskunde en chronische zorg, Vrije Universiteit Brussel ; Ruth-Janet KOUMBA, l'Ecole de santé publique, Centre de recherche interdisciplinaire en Approches sociales de la santé, Université libre de Bruxelles ; Manon STEURS, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en chronische zorg, Vrije Universiteit Brussel.

Remerciements : *L'équipe de recherche remercie les acteurs impliqués dans les différents projets pour leur participation à l'évaluation, et tout particulièrement les équipes de coordination qui ont accepté d'y contribuer avec beaucoup de réflexivité. Elle remercie également plus généralement les acteurs des secteurs de l'accompagnement social et de la santé bruxellois qui ont participé à l'atelier de validation et d'estimation de la transférabilité des résultats. Enfin, elle exprime sa gratitude à l'Observatoire bruxellois de la santé et du Social pour le soutien apporté tout au long de ce travail.*

Numéro de dépôt légal: D/2022/9334/65

Pour citer cette publication : Mahieu C, Verté D, Amerijckx G, Verté E, Koumba R-J, Steurs M, *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*. Centre de recherche interdisciplinaire en Approches sociales de la santé, Université libre de Bruxelles; Belgian Ageing Studies, Vrije Universiteit Brussel; Vakgroep Huisartsgeneeskunde en chronische zorg, Vrije Universiteit Brussel. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2022.

Téléchargeable via : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Deze publicatie is ook beschikbaar in het Nederlands.

TABLE DES MATIERES

I. Introduction	7
A. Un appel à projets pour un modèle intégré d'aide et de soins de proximité.....	8
B. Trois projets pilotes guidés par un plan d'action en quatre volets	9
C. Objectifs de l'évaluation.....	10
D. Une évaluation réaliste	12
E. Plan du rapport.....	13
II. Méthodologie.....	14
A. Corpus de données	14
1) Analyse documentaire.....	14
2) Entretiens qualitatifs semi-directifs auprès des coordinateurs.....	15
3) Policy Delphi avec les partenaires locaux.....	15
4) Entretiens auprès des personnes âgées et leurs proches.....	17
5) Revue de littérature internationale ciblée.....	20
6) Entretien de groupe autour de la transposabilité.....	20
7) Données quantitatives des projets	21
B. Analyse des données.....	22
III. Monographies des projets pilotes.....	22
A. Projet pilote « CitiSen ».....	23
1) Carte d'identité du projet	23
2) Analyse des interventions, mécanismes, acteurs ayant contribué aux objectifs du projet 25	
3) Données quantitatives relatives aux accompagnements de personnes âgées réalisées par le projet CitiSen.....	41
B. Projet pilote « Senior Solidarité ».....	53

1)	Carte d'identité du projet	53
2)	Analyse des interventions, mécanismes, acteurs ayant contribué aux objectifs du projet 55	
3)	Données quantitatives relatives aux accompagnements de personnes âgées réalisées par le projet Senior Solidarité.....	70
C.	Projet pilote « Zoom Seniors »	81
1)	Carte d'identité du projet	81
2)	Analyse des interventions, mécanismes, acteurs ayant contribué aux objectifs du projet 82	
3)	Données quantitatives relatives aux accompagnements de personnes âgées réalisées par le projet Zoom Seniors	103
IV.	Analyse transversale réaliste des modèles intégrés d'aide et de soins de proximité visant le maintien à domicile des personnes âgées	113
A.	Entrer en contact et détecter les seniors en situation de fragilité pour visibiliser l'offre auprès d'eux	113
1)	Interventions (I)	113
2)	Outcomes (O).....	116
3)	Acteurs (A) et contexte (C).....	120
4)	Mécanismes (M)	121
5)	Analyse ICAMO « Entrer en contact et détecter les seniors en situation de fragilité pour visibiliser l'offre auprès d'eux »	124
B.	Favoriser un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire.....	126
1)	Interventions (I)	126
2)	Outcomes (O).....	130
3)	Acteurs (A) et contexte (C).....	136
4)	Mécanismes (M)	137
5)	Analyse ICAMO « Favoriser un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire ».....	140

C.	Contribuer à la création d'un cadre de vie favorable aux personnes âgées.....	143
1)	Interventions (I)	143
2)	Outcomes (O).....	144
3)	Acteurs (A) et contexte (C).....	145
4)	Mécanismes (M)	145
5)	Analyse ICAMO « Contribuer à la création d'un cadre de vie favorable aux personnes âgées »	147
D.	En guise de conclusion : Distribution dans la communauté versus Institutionnalisation du modèle d'aide et de soins intégrés.....	148
V.	Réflexions sur la transférabilité	150
A.	Comment favoriser l'acceptabilité sociale et culturelle des différents points d'information et atteindre les publics les plus éloignés ?	151
B.	Comment intégrer les acteurs sanitaires et sociaux aux modèles ?	154
C.	Quelle articulation entre fonction de relais et fonction d'accompagnement ?	157
D.	Quelles modalités d'implication des pouvoirs publics locaux sont pertinentes ?....	158
E.	Quels éléments permettent de déterminer l'échelle territoriale pertinente ?	160
VI.	Conclusion.....	162
VII.	Bibliographie.....	164
VIII.	Annexes.....	170

Tableaux

Tableau 1: Nombre d'invités et de répondants au Delphi politique	17
Tableau 2 : Profils socio-démographiques des personnes rencontrées	18
Tableau 3 : Caractéristiques des accompagnements	43
Tableau 4: Caractéristiques de la rencontre avec le projet	45
Tableau 5 : Analyse des besoins	47
Tableau 6: Réponse fournie et actions entreprises	50
Tableau 7: Caractéristiques des accompagnements	72
Tableau 8 : Caractéristiques de la rencontre avec le projet	74
Tableau 9: Analyse des besoins	75
Tableau 10 : Réponse fournie et actions entreprises	79
Tableau 11 : Caractéristiques des accompagnements	104
Tableau 12: Caractéristiques de la rencontre avec le projet	106
Tableau 13: Analyse des besoins	108
Tableau 14: Réponse fournie et actions entreprises	110
Tableau 15- Catégories d'initiateurs du contact par projet (en % des opérations).....	117
Tableau 16- Lieu du contact par projet (en % des opérations).....	117
Tableau 17-Types de besoins identifiés par projet (en pourcentage des opérations menées)	131
Tableau 18-Services sollicités ou référés (classement de 1 à 5 par projet et pourcentage des opérations effectuées).....	133
Tableau 19 : Types de réponses fournies par projet (classement de 1 à 6 et % d'accompagnements)	135

Tables des figures

Figure 1 - Division du quartier Brabant en sous-quartiers issue du Diagnostic du projet CitiSen	24
Figure 2 - Délimitation du quartier Chasse-Jourdan issue du Diagnostic de quartier du projet Senior Solidarité.....	54
Figure 3- Délimitation des 3 zones du projet issue du Rapport d'activités 2020 de Zoom Seniors	82

I. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est l'un des défis importants auxquels nous sommes actuellement confrontés. Selon la United Nations and Population Division (2019), environ un quart de la population européenne aura 65 ans ou plus en 2050 (dans Van Cauwenberg et al., 2022). Le processus de vieillissement, souvent associé à un déclin de l'état de santé et du fonctionnement, a une incidence sur le besoin de soins et de soutien (Ahmed et al., 2007; Gobbens & van Assen, 2012). Ainsi, environ 60% des adultes en Europe souffrent de maladies ou de problèmes de santé de longue durée (Eurostat, 2018, dans Van Cauwenberg et al., 2022). Cette vulnérabilité accrue exige des personnes une capacité à faire face à des situations évolutives ou à l'apparition de fragilité(s). Cependant, la capacité à gérer ces défis dépend des ressources externes et internes à un individu (Verté, 2017).

Dans les pays aux populations vieillissantes, les gouvernements ont à ce propos opéré une transition d'une politique centrée sur l'institutionnalisation vers une politique des soins intégrés communautaires, en mobilisant l'approche politique du « ageing in place », soit « vieillissement chez soi » (Vasunilashorn et al., 2012). Le vieillissement chez soi est conditionné par l'existence d'une offre de soins sociaux et de santé délivrés à domicile ou dans l'environnement de vie des personnes (Johansson et al., 2008). Plusieurs chercheurs soutiennent que les services de soins fournis devraient être modulables en fonction des caractéristiques ou des ressources spécifiques d'une personne ou d'un groupe et délivrés dans le cadre de vie de celle/celui-ci (Goodwin, 2014; Nies, 2014).

L'environnement ou cadre de vie des personnes influe grandement sur leurs besoins en matière de santé et de services sociaux (Thiam et al., 2021; Van Cauwenberg et al., 2022; Verté, 2017). Une étude récente démontre que dans les localités socialement et matériellement défavorisées, les gens font face à de nombreux défis en matière d'accès aux réseaux de santé et de soins sociaux en raison de la complexité et de la diversité des problèmes auxquels ils sont confrontés (Morin, P. et al., 2017, dans Thiam et al., 2021). La décentralisation et la fragmentation de l'offre de soins, ainsi que la faible intégration des services du care, limitent leur qualité et leur adéquation (Mirzaei et al., 2013; Verté, 2017).

Selon Morin et al. (2017), les solutions à ces défis résident dans la mise en œuvre de soins de santé et sociaux locaux, intégrés et communautaires, qui soient ancrés dans les communautés (dans Thiam et al., 2021). De même, Verté (2017) affirme que pour pouvoir « vieillir chez soi »,

il est nécessaire de disposer de services de santé, de soins sociaux et de soutien qui soient personnalisés, ainsi que d'englober structurellement les atouts ou les défis des quartiers. En outre, pour répondre aux besoins de santé des populations défavorisées et s'attaquer aux inégalités en matière de santé, Marmot (2010) conseille de mettre davantage l'accent sur la création et le développement de communautés saines et durables. En s'engageant auprès du secteur des services et des groupes communautaires, et en responsabilisant les individus et les communautés locales, Marmot soutient qu'il est possible d'améliorer l'état de santé et de bien-être des individus (Marmot, 2010).

A. Un appel à projets pour un modèle intégré d'aide et de soins de proximité

En Région bruxelloise, pour faire face à ces défis, la Commission communautaire commune a lancé en 2017 un appel à projets intitulé "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".

Cet appel, qui ciblait spécifiquement le public des personnes âgées, visait à élaborer et tester un modèle intégré d'aide et de soins centré sur les besoins de la population bénéficiaire et sur une approche territoriale s'appuyant sur les capacités de la communauté locale. L'objectif était de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées en perte d'autonomie dans leur environnement, en favorisant leur maintien à domicile dans de bonnes conditions.

L'appel à projets a fixé les objectifs suivants aux acteurs financés :

- Offrir une aide et des soins globaux, intégrés, connus et accessibles, centrés sur les besoins de la population-cible au niveau du quartier. Cette réorganisation de l'offre doit se faire avec et au bénéfice de la population-cible et de ses aidants-proches.
- Tester un modèle d'organisation intégrée de l'aide et des soins par quartier devant améliorer la qualité de vie et le bien être des personnes âgées et en perte d'autonomie dans leur environnement de vie, en favorisant leur maintien à domicile.
- Dégager les modalités permettant sa mise en œuvre dans toute la Région bruxelloise et identifier les éléments qui favorisent ou freinent la mise en place du modèle du point de vue règlementaire, organisationnel, financier et des pratiques.

Trois projets-pilotes ont ainsi vu le jour à Bruxelles : CitiSen, Zoom Seniors et Senior Solidarité.

B. Trois projets pilotes guidés par un plan d'action en quatre volets

Disposant d'un financement de quatre ans, les projets sélectionnés ont été invités à déployer leurs stratégies au sein d'un plan d'action comprenant les quatre volets de travail suivants :

Volet 1 : 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.

- Le projet identifie les personnes âgées et les personnes (à risque de ou) en perte d'autonomie ou fragiles, pour lesquelles un besoin d'aide et de soins est perçu par les acteurs ; sans que la demande soit nécessairement formulée au préalable par le bénéficiaire.
- Le projet veille à informer les bénéficiaires quant à l'offre disponible, les aide à formuler leur demande, et s'assure du démarrage de la prise en charge individuelle une fois la demande formulée.

Volet 2 : Développer le réseau d'aide et de soins et social de quartier

- Le projet doit soutenir l'intensité des échanges entre les intervenants au niveau du quartier.
- Ces intervenants couvrent les domaines de l'aide aux personnes, des soins de santé, du social et tous les acteurs pouvant contribuer au bien-être des résidents : culture, prévention, sécurité, urbanisme, commerçants... Au sein des communes, les coordinations sociales jouent un rôle de mise en réseau des acteurs locaux qui peut contribuer au développement du réseau de quartier.
- Différents réseaux se développent et s'entrecroisent à l'échelle des quartiers. Il s'agit de les intégrer au projet.
- Le projet soutient aussi les collaborations transdisciplinaires et trans-sectorielles au niveau du quartier.

Volet 3 : Visibiliser l'offre d'aide et de soins du quartier

- Le projet renforce la lisibilité et la visibilité du réseau local d'aide et de soins. Cette visibilité se développe au-delà des appartenances linguistiques et institutionnelles des acteurs locaux de l'aide et des soins.
- La visibilité passe par une structuration de l'offre autour d'un point d'entrée global tant pour les personnes que pour les institutions. Ce point d'entrée, qui peut présenter différents modalités (une personne unique, un guichet unique, un site web, une ligne téléphonique, du matériel de communication, etc) doit :

- Être accessible aux utilisateurs
- Servir de relais pour les services supra-quartier
- Être un point de contact et de mise en lien pour les personnes, aidants-proches et intervenants du quartier
- S'appuyer sur une cartographie dynamique de l'offre dans le quartier

Volet 4 : Créer un cadre de vie favorable

- Le projet identifie et soutient les mécanismes favorables à la cohésion sociale dans le quartier.
- Le projet s'insère dans les mécanismes participatifs existant au niveau du quartier ou du bassin de vie qui peuvent influencer le cadre de vie et la cohésion sociale ou les initie si nécessaire.

En complément à ces éléments définis dans le cahier des charges 2017, l'Observatoire de la Santé et du Social a ajouté deux éléments de cadrage pour les projets, en lien avec sa mission d'appui scientifique. Les projets ont été invités à endosser pleinement leur caractère pilote et local, c'est-à-dire en assumant respectivement :

- Le caractère innovant et évolutif du projet : en s'autorisant l'essai/erreur, le projet peut s'améliorer en étapes successives. Ces étapes font partie intégrante du processus d'élaboration et d'évaluation du modèle.
- Les spécificités du contexte (besoins du public cible ; ressources à disposition) et des dynamiques propres des zones d'actions (cf. territorialisation) pour construire son modèle : en termes d'accompagnement et d'évaluation, chaque projet est traité comme un cas.

Au terme d'une période de financement de trois ans, une mission d'évaluation a été confiée aux auteurs du présent rapport.

C. Objectifs de l'évaluation

En collaboration avec l'équipe de l'Observatoire, l'équipe de recherche a reçu pour objectif d'évaluer les trois dispositifs d'aide et de soins de proximité visant le maintien à domicile des personnes âgées en Région de Bruxelles-Capitale en rencontrant les trois niveaux de questionnement suivants :

1. 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 ?

2. 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 ?

3. Quels sont les éléments de transférabilité issus de l'expérience de ces trois projets pilotes pour un élargissement en région bruxelloise ?

Il s'agit de produire une évaluation de type réaliste, c'est-à-dire de « chercher à expliciter de manière systématique les mécanismes causaux des résultats d'une intervention pour différentes populations et dans différents contextes » (Dossou et Marchal, 2019). Une telle approche vise à contribuer à la prise de décision en matière d'aide et de soins intégrés en Région de Bruxelles-Capitale.

D. Une évaluation réaliste

Pour paraphraser Ridde et Daguenaïs (2012), à travers la démarche de collecte et d'analyse de données mobilisée dans ce rapport, l'objectif est de répondre aux questions fondamentales suivantes :

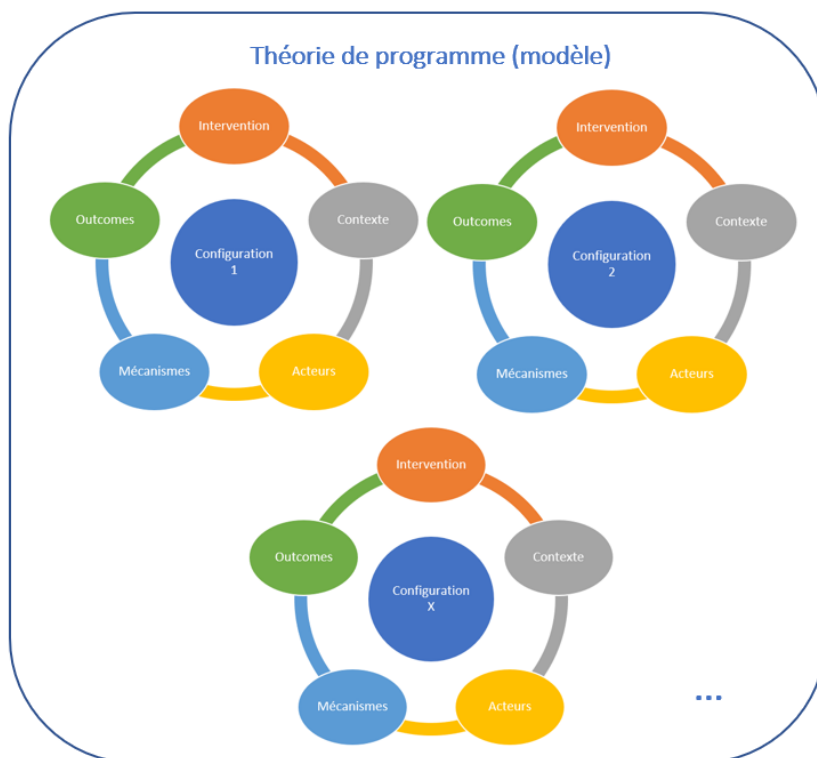
- Pourquoi un modèle d'aide et de soins intégrés visant le maintien à domicile des personnes âgées fonctionne ou non ?
- Comment ?
- Pour qui et dans quel contexte ?

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).

Exemple d'hypothèse à valider et affiner : les professionnels de santé (A) vont collaborer avec les professionnels de l'accompagnement social (A) pour mettre en place une aide à domicile des personnes âgées fragilisées (O) à la condition que les démarches administratives soient simplifiées (M), ce qui s'est avéré beaucoup plus difficile à l'échelle locale en période de Covid (C) en raison de la moindre disponibilité des intervenants.

du

Le
donc
en quatre
parties.
La
dont fait
présente



E. Plan
rapport

présent est
structuré
grandes

première,
partie la

introduction introduit brièvement les enjeux de l'évaluation réalisée ainsi que sa méthodologie. La seconde partie présente trois monographies, une par projet, et décrit les grandes caractéristiques de ceux-ci en trois volets : une carte d'identité du projet, une analyse des interventions, mécanismes et acteurs ayant contribué à ses objectifs et des données quantitatives relatives aux accompagnements réalisés.

La troisième partie de ce rapport propose une analyse réaliste transversale des trois projets sous forme de trois modèles de type « ICAMO » (Interventions – Contexte – Acteurs – Mécanismes - Outcomes), une par objectif des modèles intégrés d'aide et soins de proximité pour les seniors : 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.

La quatrième section de ce rapport présente enfin une réflexion sur les conditions de transférabilité des modèles identifiés structurée selon cinq enjeux identifiés dans les parties précédentes.

II. METHODOLOGIE

A. Corpus de données

Afin de trianguler l'expérience des différents acteurs impliqués (coordinateurs et partenaires des trois projets pilotes, personnes âgées et aidants, autres acteurs de développement de l'accompagnement social-santé au niveau local et au niveau régional) quant aux conditions d'efficacité des interventions dans le maintien à domicile des personnes âgées, une méthodologie mixte combinant données existantes et données collectées au sein de sept volets a été déployée :

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

1) Analyse documentaire

En collaboration avec l'Observatoire, une analyse documentaire a été réalisée. L'équipe de recherche s'est fondée sur le corpus préexistant composé de données issues des projets pilotes eux-mêmes et sur les données produites par l'Observatoire de la Santé et du Social.

S'agissant du corpus issu des projets, celui-ci se compose : des propositions de départ soumises en réponse au cahier des charges; des diagnostics de quartier initiaux (combinant une analyse des besoins des publics cibles, ainsi que des caractéristiques, défis et ressources tant formelles qu'informelles du quartier); des plans d'actions annuels (dans le cycle de 4 années du projet); des rapports d'activités annuels (comprenant un rapportage des leviers et freins observés dans le cycle du projet déployé sur l'année); des procès-verbaux des réunions des comités de pilotage et des éventuels groupes de travail thématiques; et de la documentation (support(s) créés et méthodologie d'élaboration) relative aux outils spécifiquement développés pour répondre aux quatre volets du cahier des charges.

S'agissant des données produites par l'Observatoire, s'y retrouvent les productions intermédiaires associées au suivi scientifique des projets : entretiens annuels avec chacune des équipes de coordination (schématisés en grille SWOT) ; les présentations effectuées dans le cadre des réunions du comité scientifique et du comité d'accompagnement des projets.

2) Entretiens qualitatifs semi-directifs auprès des coordinateurs

L'analyse documentaire ne rend pas toujours entièrement compte des dynamiques et interactions à l'œuvre dans les projets pilotes. Afin de mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent ces documents, de saisir les mécanismes informels à l'œuvre et le sens que leur donnent des acteurs essentiels de chacun de ces projets pilotes, nous avons interrogé chacune des équipes de coordination sur base d'un guide d'entretien (entretiens dits « semi-directifs »). Le guide d'entretien (Annexe 1) porte de façon ouverte mais structurée sur les questionnements pointés par l'Observatoire : les équipes de coordination ont été interviewées à la fois sur les stratégies déployées, sur les effets qu'elles ont observés, sur les éléments de contexte qu'elles estiment avoir joué un rôle dans ces effets (et notamment sur celui de la gouvernance du projet) et sur les conditions qu'elles jugent nécessaires à la transposition à d'autres contextes.

Bien que ces équipes de coordination aient connu l'un ou l'autre changement dans leur composition au cours des quatre années du pilote, les binômes rencontrés au moment de nos entretiens se caractérisaient comme suit : pour CitiSen, la chargée de projet est détentrice d'un diplôme en sciences infirmières et en anthropologie et l'assistant à l'opérationnalisation des Ruches dispose d'un diplôme en sociologie; pour Senior Solidarité, la chargée de projet dispose d'un diplôme d'assistante sociale et en santé publique et le zorgcoach d'un diplôme en sciences de la psychomotricité (orientation gériatrie) et en santé publique ; et pour Zoom seniors, le chargé de projet dispose d'un diplôme en sciences politiques et la facilitatrice seniors d'un diplôme d'ergothérapeute.

3) Policy Delphi avec les partenaires locaux

En poursuivant ce même objectif mais en élargissant le cercle des participants, nous avons réalisé un Policy Delphi auprès des acteurs identifiés par les coordinateurs des trois projets comme moteurs des principales structures locales des secteurs de l'accompagnement social et de la santé au sein des quartiers concernés.

La méthode Delphi, qui est couramment utilisée dans la recherche en santé, implique une approche en plusieurs étapes, chaque étape s'appuyant sur les résultats de la précédente (Patterson et al., 2014). Elle repose la plupart du temps sur un questionnaire (avec des questions ouvertes ou semi-fermées). Une étude Delphi est "une 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 et al., 2009). Le Policy Delphi est une version modifiée de la technique Delphi originale : alors que la technique Delphi est généralement utilisée pour traiter de sujets techniques et rechercher un consensus entre des groupes homogènes d'experts, le Policy Delphi, en revanche, vise à accorder une attention explicite aux opinions divergentes sur des questions politiques majeures (Turoff et Linstone, 2002,; Rayens et Hahn, 2000).

La collecte de données a été planifiée en trois étapes :

- Identification des « experts » dans chaque quartier (ici : partenaires impliqués dans les trois projets pilotes et les autres acteurs locaux de l'accompagnement social et de la santé)
- Consultation anonyme

Les parties prenantes sélectionnées ont été invitées par e-mail à répondre à une consultation anonyme sur le projet pilote local d'aide et de soins intégrés visant le maintien à domicile. La consultation a reposé sur un questionnaire comportant des questions ouvertes et des questions semi-fermées (Annexe 2). Ces caractéristiques sont conçues pour minimiser l'effet de distorsion des individus dominants, les communications non pertinentes et la pression du groupe vers la conformité (Dalkey, 1969)¹.

Comme les coordinateurs lors de l'étape précédente, lors de la première étape de ce Policy Delphi, les deux catégories d'acteurs ont été invités à s'exprimer de façon ouverte mais structurée sur les stratégies déployées dans le projet pilote de leur propre zone - de un à cinq quartiers selon le projet - (I, M et A), l'évaluation de ses effets (O), les éléments de contexte à prendre en compte, localement et en vue d'un transfert de certains éléments dans d'autres quartiers (C).

- Feed-back contrôlé

¹ Cependant, afin de reconnaître leur participation, nous demanderons aux parties prenantes si, après le processus de consultation, elles souhaitent être citées et/ou identifiées dans les remerciements.

La méthode de Policy Delphi prévoit que le résultat de la première consultation soit soumis au même groupe de participants pour un second tour de consultation. Dans ce cas de figure, nous avons adressé aux « experts » consultés un résumé combinant les résultats de l'analyse documentaire, des entretiens avec les coordinateurs et de la première phase de la consultation Policy Delphi pour chaque projet pilote. À l'instar des coordinateurs, ceux-ci ont pu compléter et affiner les configurations proposées.

Tableau 1: Nombre d'invités et de répondants au Delphi politique

	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

Ont été visés par ce Policy Delphi les acteurs professionnels directement impliqués comme partenaires au sein de chacun des projets pilotes. Le Tableau 1 reprend pour chaque phase du Delphi le nombre de participants ayant été invités, sur la base d'un listings élaborés avec les coordinateurs des projets, et le nombre de réponses (partielles ou complètes) ayant été reçues. Les équipes de coordination ont été intégrées dans la deuxième phase de consultation.

4) Entretiens auprès des personnes âgées et leurs proches

Nos expériences de recherche antérieures ont démontré qu'il était nécessaire de déployer des techniques spécifiques pour inclure le public senior dans toute sa diversité dans les enquêtes. Nous sommes allés à la rencontre des personnes âgées et de leurs aidants pour réaliser des entretiens individuels.

Le recrutement de ces personnes s'est opéré au départ du fichier d'accompagnements réalisés par les projets, afin d'appréhender le point de vue de personnes y ayant effectivement eu recours. Au départ du tableau des accompagnements réalisés en 2021 (pas avant pour limiter les biais de mémoire), l'équipe de recherche a sélectionné une douzaine de profils de personnes (avec pour chaque profil plusieurs options de répondant, en cas de refus) se distinguant en termes de caractéristiques sociodémographiques, types de besoins et formes d'accompagnements. Partant de cette sélection, les projets ont pris contact avec les personnes en vue de solliciter leur accord pour une rencontre de l'équipe de recherche. La prise de rendez-vous pour réaliser ces entretiens s'est opérée différemment selon les projets : pour Senior Solidarité et Zoom Seniors, par l'équipe

de recherche et pour CitiSen, en bonne partie par l'équipe de coordination du projet. Des questions de confiance et d'efficacité ont, en regard des caractéristiques des bénéficiaires, guidé ces choix.

Tableau 2 : Profils socio-démographiques des personnes rencontrées

	CitiSen (N=8)	Senior Solidarité (N=8)	Zoom Seniors (N=8)
AGE Minimum - Maximum Moyenne	59-72 ans 64 ans	71 – 94 ans 82,8 ans	63-77 ans 68,9 ans
SEXE Femmes Hommes	4 4	6 2	6 2
SITUATION FAMILIALE Isolé(e) Couple Veuvage Non isolé	5 3	2 1 5	6 1 1
NIVEAU ÉTUDES <= Primaire Secondaire inférieur Secondaire qualifiant Secondaire général Supérieur/ Universitaire Formation professionnelle Inconnu	1 4 1 1 1	3 1 4	1 2 1 4
SITUATION DANS LE LOGEMENT Locataire privé Locataire social Locataire (non défini) Propriétaire	 7 1	1 2 5	1 3 4
AIDANT PROCHE (ENFANT OU AUTRE) Oui Non	3 5	5 3	4 4

Au final 24 personnes ont pu être rencontrées, huit au sein de chaque projet - raison d'une personne aidante proche pour 23 personnes seniors (voir le Tableau 2). De nombreuses réticences des personnes à participer à ces entretiens sont apparues (manque d'intérêt pour l'évaluation, difficulté d'en comprendre l'objet, craintes d'être identifié, peur du Covid-19, aggravation de l'état de la personne, voire son décès...) et ont rendu le travail d'obtention d'accords - mené par les projets - extrêmement conséquent. La matérialisation effective de ces accords en entretiens (rendez-vous reportés, annulés...) a par ailleurs nécessité de nombreuses démarches et certains ajustements méthodologiques (lieu d'entretien ; entretiens raccourcis 'en direct'). Les entretiens ont eu lieu soit au domicile de la personne, soit dans les permanences ou Ruches.

Ces entretiens qualitatifs visaient à retracer l'expérience des personnes avec les projets dans le cadre de l'accompagnement dont elles ont bénéficié et de pouvoir évaluer les potentiels effets de ces trois dispositifs sur leur bien-être et leurs conditions de vie. Le guide d'entretien figure dans l'Annexe 3 du rapport. Dans le déroulé de ces 24 entretiens, deux points ont posé plus particulièrement difficulté. D'une part, le biais de mémoire s'est révélé extrêmement prégnant dans de nombreux cas (rendant certains questionnements impraticables dans le déroulé d'entretien) et d'autre part notre statut de chercheuses a à de nombreuses reprises été mécompris

et erronément substitué par un statut d'acteur accompagnateur au sein du projet (créant parfois des attentes des personnes à notre égard dans le cadre de cet entretien de recherche)².

5) Revue de littérature internationale ciblée

Une revue de littérature ciblée sur les systèmes locaux d'intégration de l'aide et des soins en vue du maintien à domicile des personnes âgées a été réalisée sur base de quatre questions relevées lors des étapes précédentes :

- Dans les modèles intégrés de soins et de soutien communautaires trouvés dans la littérature, quels éléments sont mis en place pour favoriser l'acceptabilité sociale et culturelle des différents points d'information ? Si un exemple de modèle de soins et de soutien intégrés implique les communautés, comment gère-t-il la volatilité de l'engagement des bénévoles ?
- Quels sont les éléments mis en place dans le cadre de ces modèles intégrés de soins et d'assistance communautaires présents dans la littérature pour favoriser l'implication des acteurs de la santé d'une part, et des acteurs de l'accompagnement social d'autre part ?
- Les fonctions d'orientation et d'accompagnement sont-elles strictement séparées dans les modèles intégrés de soins et d'assistance communautaires que l'on trouve dans la littérature ? De quelle manière ?
- Quelles sont les modalités d'implication des collectivités locales dans les modèles intégrés d'aide et de soins présents dans la littérature et comment sont-elles régulées (structure de gouvernance, autre...) ?

Ce travail d'analyse ciblé a notamment permis d'affiner l'identification des leviers et des barrières à la transposabilité des mécanismes présents dans les trois initiatives étudiées.

6) Entretien de groupe autour de la transposabilité

D'autres acteurs de la Région bruxelloise ont été invités à une étape de validation des constats posés dans les étapes précédentes à d'autres quartiers bruxellois.

Ainsi vingt-trois personnes issues d'administrations bruxelloises (Commission communautaire commune et Vlaamse Gemeenschap Commissie) ou d'organismes à mission de service public

² Une clarification a en ce sens été systématiquement opérée auprès de chaque personne, en vue de rectifier le cadre de la rencontre. Celle-ci n'a toutefois dans la pratique pas toujours suffi à lever totalement cette mécompréhension.

en matière social-santé à Bruxelles, du milieu universitaire et scientifique (dont les experts académiques présents dans le comité scientifique des projets), de fédérations d'acteurs des secteurs social ou santé ont été conviées à cette rencontre.

Au départ des trois principaux résultats de l'évaluation, les participants ont été invités à réagir, compléter, solutionner des nœuds posés par l'analyse de transposabilité. Cette rencontre s'est déroulée en présence de huit participants représentant les différents segments précédemment listés, hormis celui des fédérations d'acteurs, à savoir : 3 membres d'administrations bruxelloises, 3 issus d'organismes à mission de service public en matière social-santé à Bruxelles et 2 chercheurs du milieu universitaire et scientifique (dont un membre du comité scientifique des projets).

7) Données quantitatives des projets

Le set de variables quantitatives présentées dans ce rapport a fait l'objet d'une collecte et d'un encodage réalisés par les projets. Ces données portent sur les demandes d'accompagnement que ceux-ci ont traitées (opérations) - et non sur le nombre de personnes accompagnées - depuis la mise sur pied de leur point d'entrée contact avec les publics de seniors. Ces variables portent sur : les caractéristiques socio-démographiques des accompagnements ; le contexte de la prise de contact ; les types de besoins identifiés et les solutions et actions entreprises en vue d'y répondre. Les variables ont été élaborées par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, dans le cadre de sa mission d'accompagnement scientifique des projets et en vue de l'évaluation globale à terme de ces dispositifs pilotes, et ce en étroite concertation avec les trois projets. L'objectif déclaré était que la collecte serve tant aux projets dans le cadre de leur *reporting* annuel qu'au travail scientifique. Une attention particulière a été portée à élaborer un set restreint et commun de variables qui soient collectées de façon consistante (minimum de données manquantes et uniformité maximale d'encodage) par les trois projets afin d'en garantir l'exploitation optimale. Ceci ne nous prémunit toutefois pas complètement de certains différentiels d'encodage des données au sein de chaque projet et entre ceux-ci. De plus, le distinguo entre le nombre d'accompagnement (connu) et le nombre de personnes accompagnées (non connu) reflète l'une des difficultés assez récurrentes auxquelles les projets ont fait face en matière de gestion de données personnelles et qui a guidé ce choix restreignant pourtant l'analyse intra-cas, au profit de l'analyse inter-cas.

B. Analyse des données

L'analyse a été réalisée de manière concomitante à la production de données de manière à permettre d'affiner progressivement la « théorie de programme » (soit d'identifier et valider l'ensemble des configurations Interventions-Contextes-Acteurs-Mécanismes-Résultats).

Dans ce rapport nous présenterons d'abord une analyse intra-cas, sous forme de monographie, pour chaque projet. Celle-ci repose sur l'analyse documentaire, sur les entretiens avec les coordinateurs, sur les résultats du Policy delphi avec les acteurs locaux et sur des entretiens réalisés avec les personnes âgées et leurs proches. Elle met en évidence les éléments (interventions, mécanismes, acteurs) qui selon les répondants ont contribué ou non aux objectifs visés par les projets pilotes, resitués dans leur contexte. Elle intègre enfin une analyse des données quantitatives collectées en routine par les projets.

Dans un deuxième temps, nous avons identifié les similitudes et les différences entre les projets pilotes (analyse inter-cas) afin de mettre en évidence les interventions (I) qui favorisent effectivement selon les acteurs le maintien à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions (O), pour qui et avec qui (A), dans quel(s) contexte(s) (C) et comment (M). Enfin, nous avons confronté ces résultats à la revue de littérature internationale ciblée ainsi qu'à l'entretien de groupe centré sur la transposabilité. L'objectif de cette analyse est de permettre aux décideurs politiques de comprendre les meilleures pratiques à mettre en œuvre adaptées au contexte local (personnes âgées, professionnels, programmes existants, etc.).

III. MONOGRAPHIES DES PROJETS PILOTES

Chacun des trois projets pilotes a fait l'objet d'une analyse intra-cas destinée à repérer, avec les acteurs impliqués, les interventions, mécanismes, acteurs qui selon les répondants (coordinateurs, partenaires des projets, personnes âgées) ont contribué ou non aux objectifs visés par les projets pilotes, resitués dans leur contexte. Fidèle aux principes du Policy Delphi, cette analyse présente ce qui fait consensus mais également ce qui fait débat parmi nos répondants. Chaque monographie est introduite par une brève carte d'identité du projet pour permettre au lecteur de découvrir les grandes lignes de chacun d'entre eux.

A. Projet pilote « CitiSen »

1) Carte d'identité du projet

a) Présentation générale du projet

Le projet CitiSen, « La Ruche de nos quartiers », a été introduit initialement par l'asbl Maison Biloba Huis avec 5 partenaires (CPAS de Schaerbeek, vzw EVA, Maison Médicale du Nord, Dionysos, Services Sociaux des Quartiers 1030), deux autres partenaires ont par la suite rejoint le projet (la Coordination de l'Action Sociale de Schaerbeek et l'Asbl SAM le Réseau des Aidants). Le porteur principal du projet est la Maison Biloba Huis qui est un lieu de vie et de rencontres pour les seniors du quartier Brabant proposant trois types de services : un centre d'accueil de jour, des logements sociaux et solidaires pour seniors, un soutien aux aidants-proches.

La métaphore de « la ruche » employée par le projet représente un « endroit où les aidants-proches du senior et les différents acteurs qui les encadrent, entretiennent une relation de confiance avec le senior et où chacun puise l'énergie nécessaire pour trouver des solutions créatives en réponse à leurs besoins. Dans une ruche, le senior est la reine des abeilles au centre de toute l'attention portée par son réseau » (CitiSen, 2020).

Le projet a débuté administrativement le 1^{er} septembre 2018 avec l'engagement d'une chargée de projet à mi-temps. Celle-ci a été rejoint par un assistant le 1^{er} novembre 2020 pour renforcer l'opérationnalisation des ruches évoquées précédemment.

b) Limites géographiques du projet

Le projet CitiSen s'adresse aux seniors du quartier Brabant (code 22 du Monitoring des Quartiers) situé au Nord-Est de la Région bruxelloise à cheval sur la Commune de Schaerbeek et la Commune de Saint-Josse-Ten-Noode. La chargée de projet ayant constaté des dynamiques différentes au sein du quartier Brabant a divisé le territoire en 4 sous-quartiers au croisement desquels on retrouve la place Liedts, considéré comme un véritable centre névralgique (activités commerciales, nombreux transports en commun) : la zone Stephenson, au nord de la place ; la zone Liedts Est ; la zone Liedts Ouest Brabant-Arschot ; et la zone Brabant Verte-Botanique, au sud de la place.

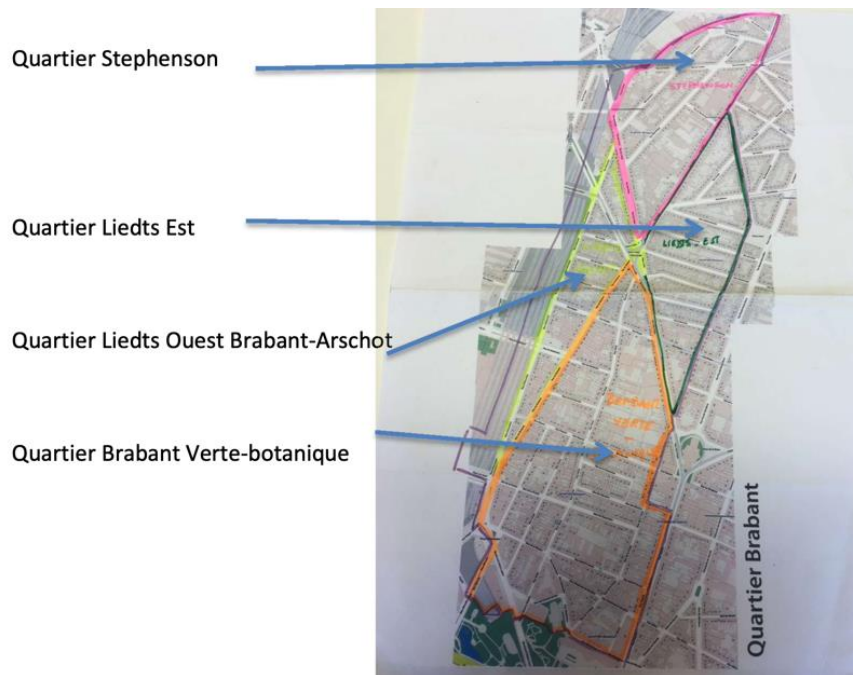


Figure 1 - Division du quartier Brabant en sous-quartiers issue du Diagnostic du projet CitiSen

c) Caractéristiques démographiques et socio-économiques du quartier cible

Au lancement du projet en 2018, le quartier Brabant comptait près de 19.631 habitants dont 7,4% d'habitants âgés de 65 ans et plus soit 2056 habitants. Parmi ces près de 20.000 habitants 41% étaient de nationalité étrangère. Le quartier Brabant se caractérise en effet par une importante multiculturalité représentée majoritairement par des ressortissants marocains et turcs bien qu'on relève une forte augmentation de ressortissants des nouveaux états adhérents de l'UE (Bulgarie, Roumanie et Pologne). Il s'en suit dans une moindre mesure des ressortissants de pays d'Afrique sub-saharienne. Du fait de cette importante concentration de populations immigrées au faible pouvoir d'achat le quartier Brabant se caractérise également par une précarité financière qui le place dans le croissant pauvre de la Région bruxelloise. Ainsi, plus d'un tiers de la population schaarbeekoise est bénéficiaire de l'intervention majorée pour l'assurance des soins de santé et ce pourcentage atteint près de 40% chez les personnes âgées de 65 ans et plus (Maison Biloba Huis, 2019).

D'autre part, le Foyer schaarbeekoise et la société HBM (Habitations à Bon Marché de Saint-Josse-ten-Noode) enregistrent une très forte demande pour des logements sociaux dans ce quartier avec de longues listes d'attente. Ces caractéristiques qui ont une incidence directe sur le cadre de vie des seniors ont été pris en compte par le projet lors du développement de ses interventions.

2) Analyse des interventions, mécanismes, acteurs ayant contribué aux objectifs du projet

a) *Interventions servant à entrer en contact et à détecter les seniors en situation de fragilité*

Le projet CitiSen a misé sur différents dispositifs pour entrer en relation avec les seniors fragilisés. Nous reprenons ci-dessous les dispositifs les plus importants ainsi que les atouts et les difficultés tels qu'ils ont été identifiés par les répondants lors des phases de consultation des coordinateurs du projet, des partenaires et des seniors.

Points d'appui locaux : Les Ruches

Les Ruches, *antennes d'information* localisées dans différents quartiers, ont pour objectif de constituer des points de repère stables et facilement accessibles pour les personnes âgées. Ce sont des *lieux-ressources d'accueil*, qui visent à établir la *confiance*, à *analyser la demande*, à *orienter* vers les ressources disponibles et à assurer un *suivi*. Elles fonctionnent sur la base de permanences assurées par un binôme professionnel/bénévole. Des goûters ou petits déjeuners thématiques y sont également organisés.

Avis des répondants :

Les Ruches ont d'après les répondants globalement bien rencontré leurs objectifs, même si ceux-ci ont formulé des suggestions d'amélioration et relevé certains facteurs pouvant expliquer des degrés de succès variables selon les quartiers et le contexte.

Pour certains participants, elles constituent une **voie d'accès appropriée aux services** pour les seniors : « *ce sont les préalables au nécessaire travail de proximité* », il s'agit de lieux d'accueil *bas seuil* : « *C'est important d'avoir des points de chute pour les seniors surtout actuellement avec la fracture numérique, les bureaux de banque et de mutuelles qui se ferment...* ». Du côté des personnes âgées que nous avons rencontrées, l'un des répondants explique effectivement avoir contacté la Ruche pour une demande très spécifique et ciblée, qui a fait l'objet d'une résolution immédiate. Mais dans les faits d'autres usages – plus larges – des Ruches ont également été mentionnés. **Plus qu'un lieu offrant des services, un autre senior qui fréquente l'une des Ruches y voit en effet un lieu d'échange pour rompre la solitude** : « *même si c'est pour rien, pour discuter avec des gens, échanger, au lieu de rester regarder la télé du matin au soir* ». Il trouve que « *c'est un projet vraiment bien* », « *à maintenir* » et « *à multiplier* » dans tous les quartiers car dans tous les quartiers il y a des vieux « *qui ne savent pas quoi faire* ». Ce type d'usage entre en congruence avec certaines activités développées dans les Ruches telles que les goûters thématiques.

Pour pouvoir remplir ces différents usages, la majorité des personnes âgées rencontrées (soit 7 répondants sur 8) estiment que l'**Accueil** au sein des ruches et un des points forts du projet. En effet, ils saluent la « *gentillesse* » du personnel lors de leur premier contact avec le projet, un répondant dit se sentir « *comme à la maison* » à chaque fois qu'il se rend à la ruche Biloba. Un autre répondant alerte cependant quant à la taille de l'institution accueillant cette ruche. En effet, la ruche Biloba étant située au sein d'un bâtiment accueillant à la fois les bureaux de l'asbl, le centre de jour et un habitat partagé, cela peut s'avérer intimidant pour une personne âgée arrivant pour la première fois : « *Je suis venu une fois pour me renseigner pour avoir des cours d'informatique [...] j'ai sonné 2-3 fois y a personne qui m'ouvre la porte [...] La porte était ouverte quand je suis venu la 2^{ème} fois, je suis rentré, je me suis mis là, y'avait plein de gens au soleil, y'avait pas un seul qui s'est levé pour me demander ce que je voulais. Peut-être parce que de l'autre côté [la ruche Verte] c'est plus petit, ils ont l'occasion peut-être de voir les gens mais ici c'est vrai, c'est grand* ».

La localisation est un facteur qui conditionne le succès des Ruches : les répondants s'accordent sur le fait que les Ruches doivent être **visibles**. Cependant, cette visibilité ne doit pas se faire au détriment d'« *espaces individuels pour pouvoir faire des entretiens un peu plus "intimes"* ». Les Ruches doivent également être **accessibles physiquement** pour des personnes en situation d'invalidité. Cette dernière condition n'est pas simple à rencontrer puisque le projet a opté pour la mise à disposition de locaux par des organisations-hôtes. Ces dernières peuvent également être un facteur qui intervient dans l'accessibilité et l'organisation des Ruches : l'**image de l'organisation-hôte** au sein du quartier, une bonne collaboration ou des conflits au sein de celle-ci sont deux éléments qui peuvent soit faciliter soit entraver le fonctionnement attendu.

L'**ancrage dans le quartier qui est une caractéristique incontournable/pierre angulaire de ces projets locaux** semble être également une condition du fonctionnement spécifique des Ruches. Certains répondants soulignent ainsi le type de relation qui peut s'établir ou non « *entre les soignants informels qui gagnent la confiance d'une Ruche et la lui donnent* ». Les Ruches ne fonctionnent que *si le lien avec le quartier est suffisant*. Un autre participant suggère qu'un point d'amélioration dans le futur pourrait être le lien avec les habitants vivant autour des Ruches. **À travers cette question de la confiance, c'est une autre dimension de l'accessibilité des Ruches qui est questionnée, c'est-à-dire leur « acceptabilité »** : certaines d'entre elles ont réussi à s'inscrire dans le quartier tandis que d'autres ont rencontré des difficultés à se faire reconnaître comme lieux de ressource pour les habitants, les personnes âgées, les professionnels et les aidants. La **présence dans les Ruches de personnes issues des**

minorités culturelles parmi les professionnels et les bénévoles est mentionnée par certains bénéficiaires que nous avons rencontrés comme un élément facilitant les contacts.

Les Ruches ont aussi pour vocation de **permettre aux volontaires et aux professionnels de travailler ensemble** : « *Aussi le binôme est très complémentaire et très vertueux* », il s'agit d'une « *complémentarité intéressante qui permet d'apporter la connaissance du quartier et de remettre la dimension humaine au cœur de l'accompagnement* ». Ce fonctionnement en binôme ne va pas de soi, il requiert notamment de la part des professionnels une volonté et une capacité à **se décentrer**. Un professionnel exprime ainsi son expérience de collaboration avec les bénévoles dans les Ruches : « *beaucoup de remises en question, d'apprentissage car je n'ai pas l'habitude de travailler avec des gens qui ne sont pas formés et qui n'ont que comme seule formation leur parcours de vie* ». Quant au rôle des volontaires, un répondant affirme que celui-ci « doit être soigneusement étudié. À mon avis, il est inacceptable qu'ils ne soient là que pour faciliter le travail des professionnels ou pour être un assistant de... ».

La **disponibilité des professionnels** est également un enjeu du fonctionnement des Ruches : « *il faut pouvoir convaincre les responsables des asbl et des secteurs de l'importance de la démarche et d'oser bloquer des heures aux travailleurs pour participer aux détections ou aux permanences est très difficile mais tellement nécessaire afin de faire rencontrer les réseaux pour qu'ils travaillent ensemble* ». Les participants à l'enquête soulignent que de ce côté il a été difficile pendant les différentes phases du Covid d'assurer certaines permanences en raison notamment des **règles s'appliquant au personnel en matière de confinement** : celles-ci différaient d'une organisation à l'autre.

« *Les Ruches ne sont pas censées faire des suivis sociaux mais cela se fait quand même sur le terrain (un travailleur social ne va pas tout simplement réorienter une personne après une demande d'aide)* ». Les assistants sociaux sont « *parfois un peu en tension entre leur travail social de base et le travail de relais* », souligne un autre répondant. Les répondants à l'enquête sont partagés quant à l'étendue des missions de ces Ruches : *guichets d'information et d'orientation* ou *prise en charge* de chaque demande. Pour un répondant « *avoir un guichet qui oriente les personnes vers un service adéquat n'est pas très utile, si tous les services sont en fait débordés, comme c'est le cas actuellement* ». Pour un autre, les Ruches doivent avant tout être un lieu de *connexion* : « *l'idée n'est pas de traiter tout un dossier. L'idée est de relayer, de faciliter en amont le travail des professionnels vers lesquels on relaie si vous voulez les personnes âgées ou les aidants-proches. Et donc c'était parfois délicat parce que les assistants sociaux avaient envie de traiter le dossier* ». Un troisième participant indique que selon lui ces Ruches doivent « *favoriser l'entraide entre les personnes âgées par exemple en créant, dans*

les Ruches, vraiment un espace convivial et non seulement un 'service' qui fait 'à la place de' ». Dans le futur, un quatrième participant indique que ce type de guichet pourrait servir de modèle dans les communes concernées à des « *'points contacts-santé' dans les quartiers afin d'assurer une visibilité et accessibilité de proximité, diffuser l'information, faire relais vis-à-vis des structures de soins, etc.* ».

Les Ruches sont ainsi à l'articulation d'enjeux individuels (comme relais ou lieux de prise en charge des besoins de certains seniors et de leurs aidants) et collectifs (avec leur inscription dans des dynamiques de quartier entre acteurs informels et structures d'aide et de soins, voire leur insertion formalisée dans le Plan de cohésion sociale).

Les connecteurs de proximité

Le connecteur de proximité a la fonction de **relais entre le domicile du senior et les Ruches**. Il crée des liens de confiance par des visites régulières, réalise une première analyse des besoins de la personne âgée, signale éventuellement des situations problématiques aux professionnels des permanences et s'engage dans la détection précoce des seniors isolés du quartier. Les connecteurs sont défrayés 20€ par demi-journée.

Avis des répondants :

L'un des enjeux liés à ce volet du projet est la question du **recrutement** et du **profil** des connecteurs. Ceux-ci sont principalement recrutés au sein d'associations pré-existantes. Actuellement, 19 *citoyens solidaires engagés* sont ainsi appelés à contribuer au projet grâce à leur connaissance des **codes culturels**, parfois de la **langue**, du **fonctionnement du quartier ou de la communauté** dont ils sont issus. La **diversité** est donc un principe important, qui guide le recrutement des connecteurs : « *La présence de femmes et de connecteurs issus de la diversité est un élément supplémentaire de confiance* ». Ils participent aux 2 à 3 détections par semaine organisées dans les quartiers en faisant du porte-à-porte ou en se rendant dans les espaces publics fréquentés par la population (marchés, rues, etc.). Pendant un temps, une dynamique **intergénérationnelle** a également été développée : d'après l'un des répondants, CitiSen a *facilité l'accès des jeunes* d'un Service d'Aide à la Jeunesse au bénévolat auprès des personnes âgées isolées. Ces jeunes *se sont mis à la disposition des connecteurs bénévoles de CitiSen*. Au cours de l'année 2020, « *des fiches ont été créées également pour le recrutement des connecteurs et des bénévoles afin de mieux cibler leur profil, leurs compétences, leur motivation et leur disponibilité* ».

La **volatilité de l'engagement, directement reliée aux profils des volontaires, proches des caractéristiques du quartier** est en effet également un enjeu important de ce dispositif des

connecteurs : « *Le réseau bénévole demande une énergie importante pour la formation, les permanences et demande de la part des organisateurs, de structurer les interventions de pouvoir recadrer l'un ou l'autre, de redynamiser,... D'autant qu'on aime que les bénévoles soient du quartier mais ceux-ci ont aussi leurs blessures, leurs fragilités... C'est donc à la fois une force et d'une richesse inestimable mais aussi un investissement qui en vaut la peine* ». La gestion de ces aspects passe pour les chargés de projets par une **flexibilité** très développée : réagir au jour le jour aux absences par la mobilisation de moyens de communication rapides et immédiats (WhatsApp, etc.) pour rechercher des solutions à tout moment. Cette *fiabilité et temporalité relationnelles sont importantes pour créer du lien et de la confiance* avec la personne âgée.

La charte éthique du connecteur, les réunions organisées régulièrement avec l'un des chargés de projet et les formations développées pour les connecteurs avec des asbl spécialisées visent à **ajuster la posture et l'éthique** de ces volontaires : « *ils doivent développer une éthique sociale et la prise de recul nécessaire pour aborder la personne âgée dans son intimité* ». Parmi les points d'attention figurant dans la charte éthique sont mentionnés le respect du secret professionnel, la sécurisation des transactions financières, la confidentialité, la limite de l'aide, le cadrage : le bénévole n'est pas un psychologue, il ne doit pas rentrer en concurrence avec un secteur rémunéré, il doit accepter l'impossibilité d'aider la personne ou le refus de l'aide. D'après un répondant, « *ça peut être intéressant de 'détecter' des personnes fragilisées, mais il faut faire beaucoup attention et intervenir uniquement quand la personne est demandeur, sinon cela peut être très violent* ». À cet égard, le rapport d'activités de 2020 indique que « *Contrairement à la crainte de nombreux professionnels, les seniors contactés dans l'espace public ou dans le porte-à-porte ont favorablement accueilli les connecteurs de proximité. Ceux-ci ont facilité leur approche par de petites attentions et en leur expliquant l'intérêt d'avoir des Ruches à proximité pour les aider à trouver des solutions à leurs besoins. Les refus sont souvent liés à la barrière linguistique et à la méfiance des familles qui ne veulent pas d'intrusion externe dans l'aide et les soins de leurs aînés* ».

Les **modes de reconnaissance et de rémunération** de ces connecteurs sont aussi un enjeu relevé par plusieurs participants : « *il reste un équilibre difficile à trouver pour leur donner la place qui leur revient et les valoriser pour le travail qu'ils accomplissent. CitiSen sans les aidants informels [à ne pas confondre avec les aidants proches] perdrait beaucoup de son sens* ». Cela peut passer par la *reconnaissance des compétences dans le cadre du parcours d'insertion* des volontaires impliqués. Cependant pour certains répondants : « *Une rémunération raisonnable pour les aidants informels est indispensable* ». Comme indiqué plus

haut, les connecteurs sont effectivement rémunérés. Pour un répondant, « *il y en a qui sont en très grande précarité et donc la question de l'argent évidemment, le rapport avec l'argent, les défraiements et compagnie, ça crée aussi des choses. C'est un public qui est face à la survie en fait et donc un public du moment* ». Cette gestion des aspects administratifs et financiers concernant les connecteurs génère beaucoup de travail de suivi pour le chargé de projet CitiSen et reste délicate à mettre en œuvre. Des conventions encadrent les engagements des connecteurs (ils incluent l'obligation de formation et le respect de la charte éthique), néanmoins la volatilité des engagements de ces connecteurs reste très importante. Par ailleurs, les rapports d'activités soulignent une certaine **réticence des connecteurs à signer les conventions** pour leur défraiement en raison du *décalage dans le rapport aux normes et aux règles institutionnelles (peur de l'impact économique personnel si leur travail de bénévolat est déclaré et visible)*. Certains répondants posent ainsi la question de savoir **comment ce réseau de connecteurs pourrait être pérennisé à l'avenir**.

b) Interventions permettant de favoriser la prise en charge multidisciplinaire et globalisée des seniors

Le projet CitiSen a mis en place différentes stratégies pour accompagner les seniors. Nous reprenons ici les principales stratégies ainsi que leurs forces et faiblesses telles qu'identifiées par les coordinateurs, les partenaires et des bénéficiaires du projet. Nous renverrons par ailleurs le lecteur au point 3) de cette monographie concernant les données quantitatives relatives aux accompagnements des personnes âgées réalisés par le projet.

Outils d'évaluation des besoins

Pour soutenir le travail d'identification des besoins et le relais vers les membres du réseau, les personnes qui assurent la permanence des Ruches disposent d'une **Fiche d'identification des seniors et des aidants-proches** (Annexe 4) et d'un **Questionnaire de demande des besoins des seniors pour les permanences des Ruches** (Annexe 5). Les connecteurs disposent quant à eux d'une **Fiche de détection des seniors par rue**.

Avis des répondants :

Les répondants évaluent globalement très positivement les outils d'identification des seniors isolés et jugent que la détection précoce est effective. La rencontre avec certaines personnes âgées du projet a cependant permis de mettre en évidence un point d'amélioration au niveau de la fiche d'identification des seniors. En effet, la section relative à la « langue parlée » n'est pas suffisamment précise : toutes les langues parlées par le senior sont mises sur un même pied

d'égalité ce qui ne permet pas d'**identifier la langue dans laquelle le senior est effectivement le plus à l'aise**.

Certains répondants souhaiteraient en outre que les outils soient disponibles en **version informatisée** pour en faciliter le traitement. Parmi les arguments mobilisés, il est notamment fait mention de difficultés de relecture des fiches manuscrites.

Enfin, le respect du **RGPD** est également mentionné comme un défi à relever dans ce contexte. La commune a accepté de transmettre certaines données permettant d'identifier plus facilement les seniors rue par rue, mais les noms des personnes ont été supprimés des listes transmises.

Création d'un répertoire d'acteurs

Une **cartographie des ressources locales formelles et informelles** présentes dans le quartier a été réalisée grâce au partenariat avec l'asbl SAM le Réseau des Aidants, une asbl spécialisée dans la collaboration avec les aidants proches. L'objectif tel qu'énoncé par l'asbl était de concevoir un outil support à la circulation de l'information sans redévelopper des éléments déjà existants afin d'augmenter la visibilité des acteurs et de faciliter le travail en réseau. Les habitants du quartier y ont également contribué en y ajoutant leurs « *bonnes adresses* ». Le répertoire est ainsi divisé en plusieurs catégories **selon les besoins les plus récurrents**. Ce répertoire a également été intégré dans un **site « clé en main »** conçu en collaboration avec l'asbl d'aidants **susmentionnée** et est mis à jour par le Réseau ou par la chargée de projet de CitiSen (cf. : <https://www.citisen.be/mon-reseau-de-professionnels/>). Pour faciliter le travail d'identification des ressources locales de proximité, celles-ci sont reportées sur des cartes du quartier.

Avis des répondants :

La **bonne connaissance préalable du réseau local dont bénéficiait l'asbl porteuse du projet** est mentionnée comme un élément facilitateur pour l'élaboration et la mise en œuvre de ce répertoire. Le projet CitiSen aurait toutefois permis de **renforcer les ressources informelles** dont disposait déjà l'asbl.

Les répondants soulignent en outre la **collaboration étroite entre le projet CitiSen et l'asbl** spécialisée dans la collaboration avec les aidants ainsi que **le levier que représentait le fait d'être un projet-pilote** : « *en fait on était le premier site que l'asbl faisait clé-sur-porte et donc évidemment on a pu travailler de manière très étroite sur tous les besoins qu'on avait pour développer cette approche de proximité avec l'aide d'outils informatiques* ».

L'un des répondants qualifie le répertoire de « **vivant** », pour souligner son caractère « **personnalisé** » et du coup « **plein de sens** ».

D'aucuns soulignent cependant que celui-ci est encore **trop peu utilisé** et affirment la nécessité de le mobiliser davantage, comme une ressource pour favoriser les collaborations. Certains redoutent que le répertoire soit « *rapidement dépassé* », et plaident pour sélectionner et détecter « *qui dans les services est accessible, qui agit* ». Enfin, la **plus-value de ce répertoire par rapport à d'autres outils existants demeure à démontrer**.

Intégration et dynamisation d'un réseau d'acteurs de la santé et de l'accompagnement social

Dans le cadre du projet CitiSen, de nombreux contacts ont été entrepris avec les professionnels soignants et les acteurs de l'aide du quartier. Cela s'est traduit par l'implication de certains de ces professionnels dans les Ruches mais également par la participation de la chargée de projet à différentes plates-formes existantes, au diagnostic communautaire réalisé sur une partie du territoire, à des projets de participation citoyenne visant à développer de la cohésion sociale, à des réunions de médecins, d'assistants sociaux, d'aide familiales et ménagères, d'éducateurs de rue, à des groupes de travail sur l'accompagnement des seniors, etc. L'objectif poursuivi est de « *mieux connaître ce que fait chaque association ou service et de décroiser les professions, mais surtout de stimuler la participation au réseau d'aide et de soin CitiSen, dont les objectifs sont expliqués* ». Il s'agit parfois de *travailler certaines situations ensemble en faisant des échanges de pratiques*.

Avis des répondants :

L'un des répondants estime que le développement de ce réseau de professionnels se fait **au bénéfice des personnes âgées mais également des professionnels** eux-mêmes : le réseau permettrait ainsi aux professionnels de « *se décentrer du cadre de travail habituel* », d'améliorer leur connaissance de leur environnement et la qualité de leur accompagnement, de rencontrer des publics qu'ils ne rencontreraient peut-être pas dans leurs propres services ou associations dans la mesure où le public visé prioritairement par le projet CitiSen est précisément celui qui est isolé et/ou n'a pas accès à ces services.

Cela nécessite cependant d'accepter de « *sortir des clous* » et peut représenter de l'aveu-même des professionnels concernés un véritable défi : « *se remettre en question, sortir de son rôle pour mieux se confronter à la réalité est très bénéfique mais demande aussi un long travail de sensibilisation. Aussi, il faut pouvoir convaincre les responsables des asbl et des secteurs de l'importance de la démarche et d'oser bloquer des heures aux travailleurs pour participer aux détections ou aux permanences - ce qui est très difficile mais tellement nécessaire afin de faire se rencontrer les réseaux pour qu'ils travaillent ensemble* ». Le **fait d'évoluer dans un projet pilote et de participer à différentes plateformes à l'échelle du quartier et plus**

largement permet cependant d'après l'un des répondants d'explorer et de coconstruire la réflexion.

Certains répondants soulignent que les **acteurs de l'accompagnement social sont davantage présents que ceux de l'accompagnement médical et paramédical**, ce qui entraîne un risque de concentrer les interventions dans le premier domaine. Des tentatives sont dès lors effectuées pour développer une meilleure implication du secteur des soins. Parmi les freins rencontrés sont mentionnés les **problèmes de disponibilité des professionnels de la santé** pendant la crise Covid et des **divergences générationnelles** quant à la manière de concevoir les formes d'engagement dans le travail et auprès des publics.

Intégration et dynamisation d'un réseau d'acteurs informels et formels

Le projet CitiSen, à travers le réseau de Connecteurs, le binôme professionnel-bénévole dans les Ruches, le répertoire en ligne, ambitionne de construire un maillage des acteurs formels et informels actifs dans l'accompagnement des personnes âgées sur le territoire.

Avis des répondants :

Si ce maillage entre acteurs formels et informels est mentionné comme l'une des grandes forces du projet, les **différences dans le mode de structuration des différents acteurs** peuvent parfois déboucher sur des tensions.

Au nom de la souplesse et de la réactivité, les groupes informels ont ainsi la volonté de ne pas être pris dans des structures trop rigides avec des procédures longues tout en réclamant **une reconnaissance du travail effectué** : « *d'une part, les associations informelles se sentent plus libres d'agir avec leur propre créativité et méthodologie sans devoir rendre des comptes aux politiques publiques et d'autre part, elles veulent néanmoins être reconnues pour leurs actions citoyennes et le rôle qu'elles jouent* ». En retour, certains acteurs inscrits dans les réseaux plus formels ont tendance à réclamer de « **stabiliser les permanences des Ruches en augmentant la présence de professionnels pour faire le travail de relais vers les ressources** » et de « **privilégier les travailleurs sociaux davantage rodés aux pratiques sociales plutôt que des citoyens solidaires engagés qui ne sont pas suffisamment formés** ».

Les **temporalités différentes** des acteurs formels et informels peuvent également être source de tension d'après l'un des répondants : « *quand il y a saturation des services et [les associations informelles] doivent combler les manques du système officiel, elles jouent au pompier. Il y a un décalage dans la temporalité de la réaction. Paradoxalement, ces associations ont besoin de structures sinon elles s'essoufflent* ».

c) Interventions permettant de contribuer à la création d'un cadre environnemental favorable aux seniors

Formation « premiers secours »

Au sein des Ruches ont été proposées des sessions de **formation aux gestes de premiers secours à mettre en œuvre en cas d'urgence spécifiquement axées sur les problématiques principalement rencontrées chez les seniors**. Le public était ainsi composé essentiellement d'aidants-proches. L'un des objectifs était d'**attirer les publics concernés vers les Ruches**. Afin de mobiliser *la confiance et l'adhésion dans le projet*, le choix a été fait de **privilégier une association et un intervenant bien connus** dans le quartier et disposant d'un réseau préexistant de personnes du quartier déjà formées (Annexe 6).

Avis des répondants :

Les répondants de la première phase du Delphi estiment que cette action est **trop peu connue** (la crise Covid ayant notamment entravé l'organisation des ateliers) mais celle-ci est considérée comme importante. Les rapports d'activités produits par CitiSen mettent l'accent sur **différents enseignements tirés de l'expérience acquise** à ce stade. Du côté des organisateurs, il s'agit de prévoir des **modules courts** pour correspondre aux disponibilités et à la concentration limitée des participants et, pour le formateur, de faire preuve de **souplesse quant aux différents niveaux de compétences** déjà maîtrisées par les participants. Du côté de ces participants, le rapport met l'accent sur la nécessité de **fixer un cadre** qui limite les allées et venues pendant la formation et qui garantisse une écoute active ainsi qu'une maîtrise suffisante de la langue.

Actions « sécurité » et Actions de sensibilisation aux réalités de la vieillesse pour différents acteurs du quartier

Le **sentiment d'insécurité** est apparu dans le diagnostic du territoire réalisé par CitiSen comme l'un des éléments au cœur de l'expérience des personnes âgées du quartier. Des collaborations ont dès lors été initiées entre le projet et des acteurs tels que la police et les agents de proximité. Des « **cafés-sécurité** » ont été proposés. En retour, quatre **policiers ont participé aux sensibilisations proposées par CitiSen autour des réalités de la vieillesse**.

Avis des répondants :

Comme les « premiers secours », ce type d'action est jugé utile par les répondants mais **insuffisamment connu**.

Flyers et vidéos de sensibilisation

Afin de présenter le projet CitiSen aux habitants et de le faire connaître, des **vidéos** ont été réalisées avec des habitants parlant leur propre langue et avec le concours d'une chargée de communication (bénévole et puis rémunérée sur un autre budget). Des **flyers informatifs** présentant le projet et donnant des numéros de téléphones de référents à contacter ont également été produits, dans huit langues fréquemment rencontrées dans le quartier (français, néerlandais, anglais, turque, arabe, grecque, espagnol et roumain). Des « *bénévoles linguistiques* » ont été sollicités pour sous-titrer les vidéos et pour traduire les flyers (cf. : <https://www.citisen.be/medias/>). Les vidéos ont été mises à disposition sur internet tandis que les flyers ont été distribués en porte-à-porte par des connecteurs de proximité formés et des animateurs du 3^{ème} âge à partir de la constitution de listes non nominatives obtenues par le service population des Communes.

Avis des répondants :

Les participants au Delphi jugent l'initiative utile et intéressante mais **regrettent la diffusion selon eux insuffisante des outils de communication produits**. Certains répondants préconisent en particulier la dissémination des vidéos via les réseaux sociaux.

Autres

La création d'un cadre environnemental favorable aux personnes âgées est l'enjeu du projet qui, de l'avis de plusieurs répondants, a été le plus impacté par la crise Covid-19. Il s'agit aussi de celui qui semble avoir été le moins compris par les différents acteurs en dépit des actions déployées dans ce domaine.

L'un des répondants souligne dans ce registre que la mobilité et les déplacements des seniors avaient été repérés dès le diagnostic comme une problématique importante pour le quartier Brabant mais s'interroge sur les raisons d'un manque de prise en compte de ces aspects dans le projet à ce jour. De même, le manque de confiance et la perte de lien social génèrent un besoin de temps relationnel qui ne serait pas encore suffisamment adressé dans le projet.

d) Interventions permettant de mettre en place une gouvernance adaptée

Contexte géographique du projet

Comme présenté en introduction de cette monographie, projet est déployé sur **un seul quartier** (le quartier Brabant) mais réparti sur **trois zones** au sein desquelles une Ruche a à chaque fois été déployée. Une quatrième Ruche, implantée dans les locaux du porteur de projet a également

vu le jour. Le quartier est décrit dans les rapports de CitiSen comme caractérisé par une grande précarité, une forte multiculturalité, une offre de soins assez faible tandis que l'offre d'accompagnement social est au contraire étoffée et un sentiment d'insécurité assez développé.

Avis des répondants :

Les répondants soulignent **l'ancrage fort** du projet dans les spécificités de quartier. L'enjeu de la multiculturalité en particulier est au cœur de la démarche menée. Les répondants soulignent la force d'un projet « *implanté dans un terrain local déjà connu, mené en collaboration avec des associations ou des partenaires locaux qui connaissent bien les habitants ou ont déjà des liens de confiance avec eux* ». Cette **concentration des ressources sur une zone géographique restreinte** se poursuit avec la volonté de ramener le projet à trois Ruches. L'une des trois première Ruches a en ce sens été fermée, au profit de celle nouvellement ouverte au sein des locaux du porteur.

Face à une forme de distanciation qui s'était développée entre les services et leurs publics avec les années, l'un des répondants souligne que dans la philosophie du projet, « *il y a une véritable volonté maintenant de **retravailler cette question de l'approche de proximité et de travailler sur les représentations** : qu'est-ce que c'est qu'une approche de proximité dans le cadre de la santé publique ? Parce que l'approche de proximité ces dernières années elle avait été davantage plus socio-culturelle. C'était plutôt des fêtes de voisinages ou des fêtes de quartiers mais dans lesquelles les soignants ne s'inscrivaient pas tant que ça* ». L'un des objectifs du projet est donc de transmettre ce qu'est une approche de proximité dans l'aide et dans le soin. Concrètement, pour la coordinatrice, la stratégie mise en œuvre a consisté à **participer aux réunions des professionnels concernés** (soignants, professionnels de l'accompagnement social) et à **proposer des formes d'« immersion » de ces professionnels** avec les bénévoles dans les Ruches ou dans les activités de détection organisées avec les connecteurs.

Contexte lié à la temporalité du projet

La **crise sanitaire a limité** l'accès aux Ruches pendant un temps et comme décrit plus haut les **acteurs professionnels ont été fortement sollicités par ailleurs** ou contraints dans leurs déplacements tandis que les connecteurs et les bénévoles présents dans les Ruches ont été eux-mêmes fragilisés. **Cependant, du point de vue des autorités**, la crise du Covid-19 a permis d'**attirer l'attention sur le public des seniors**, en particulier ceux qui n'étaient pas encore rencontrés par les services existants, ce qui a constitué un véritable « **booster** » **pour le partenariat** entre associations et acteurs communaux notamment : « *Ça a été 'notre chance dans notre malchance'* »

Le projet repose actuellement sur **deux fonctions principales, celle de la chargée de projet et celle de l’assistant à l’opérationnalisation des Ruches**. La chargée de projet, présente depuis le début, est chargée de le déployer en fonction des quatre volets du cahier des charges, de définir son orientation et de faire respecter le plan d’action mis en place. Cette fonction met l’accent sur l’articulation et le **développement du réseau de professionnels**. La chargée de projet rencontre fréquemment les professionnels des organisations impliquées ou avec lesquelles des partenariats sont recherchés : *« ça c’est vraiment mon boulot, de venir présenter le projet au sein des équipes et au sein de l’institution. Soit ce sont une, deux ou trois personnes qui viennent de l’institution et qui viennent ici au sein de la Maison Biloba ou bien alors des personnes qui viennent aux ruches directement. Soit c’est des focus groups, comme on a fait par exemple, on a réuni tous les assistants sociaux. Soit je suis invitée dans des groupes de travail à l’extérieur. Par exemple le projet Boost, les référents de proximité, qui, qui développent des réseaux de proximité aussi dans le cadre de Brusano »*. À partir de novembre 2020, un assistant à l’opérationnalisation des Ruches a également été engagé dans le cadre du projet dans le but d’organiser le fonctionnement de ces points d’appui et de leurs permanences et de consolider le réseau de Connecteurs. La gestion administrative du projet est assurée par la Chargée de projet de CitiSen et la **coordinatrice générale de l’organisation porteuse du projet**, qui dispose d’un petit temps de travail (10%) sur le projet et qui s’assure de son articulation avec les autres projets du porteur. Cette dernière fonction a connu un assez grand turn-over (3 personnes depuis le début du projet).

Avis des répondants :

La toute grande majorité des répondants à la première phase du Delphi font partie des acteurs professionnels impliqués dans le projet et par conséquent **font référence à la fonction de la chargée de projet** de CitiSen et pas encore à celle de l’assistant, plus récente et dont le sens, du point de vue des répondants, est apparu plus récemment.

La chargée de projet est considérée par tous les répondants comme le moteur du projet. Ceux-ci mettent en avant les compétences et qualités suivantes chez celle-ci : sa **méthodologie** (la formation d’anthropologue étant à de nombreuses reprises mentionnées comme un atout important : *« C’est une méthodologie qui est transposable dans tous les quartiers »*), sa formation permettrait de *« mettre en place des actions au plus proche du tissu socio-économique du quartier et un vraie prise en compte dans les réflexions du réseau informel »*), son engagement, son **ouverture** (*« Coordinatrice très à l’écoute, ouverte et orientée*

solutions »), son **dynamisme** (« *c'est clairement sa force d'implication et la mobilisation de ses capacités qui ont porté le projet* »), sa capacité à **rassembler** : « *elle rassemble des acteurs de tous bords (formels et informels) : c'est innovant et vertueux au sein du quartier, cela permet d'adapter, de personnaliser au mieux les offres ; cette approche aussi apporte du sens pour les uns et les autres : ce qui est le moteur principal des motivations de chacun* », c'est une fonction située « *au carrefour de tous les réseaux* ». L'**autonomie** de la chargée de projet est également considérée comme un facteur de réussite important par plusieurs répondants : « *je pense que dans un tel cas, c'est bien elle qui doit disposer de toute latitude pour mener [le projet] à bien avec son équipe* ». L'un d'entre eux estime toutefois que « *la structure d'appui a été beaucoup trop peu impliquée dans la réflexion sur la recherche-action* » et qu'un « *retour plus régulier sur les résultats intermédiaires* » aurait été nécessaire. D'après l'un des répondants, l'une des questions qui se pose devant l'ampleur prise par le projet et le risque qu'il « *cannibalise* » l'asbl porteuse est précisément de savoir si CitiSen va continuer au sein-même de l'asbl porteuse ou si la création d'une nouvelle asbl sera envisagée.

Rôle et caractéristiques du porteur de projet

Le projet est porté par une association **très ancrée dans le quartier**, active dans l'appui aux seniors et de leurs aidants, avec un accent sur ceux issus de l'immigration et donc un public très multiculturel. L'association porte deux autres projets complémentaires : un projet d'habitat complet et un projet de maison de quartier pour seniors (centre de jour non médicalisé). La structure met l'accent sur l'ouverture vers le quartier et la lutte contre l'isolement des personnes âgées.

Avis des répondants :

L'un des points forts du porteur de projet d'après l'analyse SWOT réalisée en 2021 est précisément son ancrage dans le quartier et la **connaissance** des réseaux formels et informels qui le constituent. La **flexibilité** qu'offre une structure du type « asbl » est également soulignée, par comparaison avec des procédures et modes de fonctionnement jugés plus rigides dans les structures publiques. La possibilité notamment de nouer des liens avec des organisations et associations de toutes obédiences (sans « *conflit de loyauté* ») est également appréciée.

En revanche, les répondants soulignent également le caractère plus fragile d'un type de structure qui ne dispose **pas de ressources financières structurelles** et repose sur une équipe relativement réduite. Le caractère « *pilote* » du projet est ainsi mentionné comme une **force** (il permet de penser « out-of-the-box ») et une **faiblesse** (certains partenaires hésitant à s'engager pleinement dans un projet dont l'horizon temporel est inconnu).

Modalités de prise de décision et comité de pilotage

Outre le porteur du projet, le comité de pilotage est composé à l'origine d'une maison médicale, d'une équipe multidisciplinaire de soins mobiles, d'un CPAS et d'une asbl agissant comme Centre d'Aide aux personnes. Les comités pilotage sont **réguliers** (6 à 8 par an) mais beaucoup de **place est laissée à l'expérimentation**. Au fil du développement du projet, le réseau s'est étendu et la régulation par le comité de pilotage est devenue **plus informelle**.

Au sein de la structure porteuse, des réunions impliquant la chargée de projet et la coordinatrice de l'asbl ont toutefois lieu sur les aspects administratifs et financiers une fois par semaine. Une « cellule activités CitiSen » se réunit aussi régulièrement avec ces deux personnes et deux membres du Conseil d'Administration de l'asbl porteuse. Outre les échanges fréquents avec les professionnels dans le cadre des Ruches ou des activités programmées (cf. ci-dessus), des réunions avec les professionnels des organisations impliquées (cf. ci-dessus) tous les deux mois participent également de la régulation du projet.

L'assistant à l'opérationnalisation organise quant à lui des réunions mensuelles avec les bénévoles.

La chargée de projet et l'assistant partagent enfin une réunion hebdomadaire où sont discutées toutes les activités de la semaine écoulée et la planification des activités de la suivante : « *Qu'est-ce qu'il faut faire dans la semaine suivante ? Quelles sont les difficultés ? Et de quels appuis j'ai besoin de sa part pour permettre de faire les activités ?* ».

Avis des répondants :

Le **Comité de pilotage** du projet CitiSen est par comparaison avec celui des autres projets pilotes assez **restreint**. L'analyse SWOT a mis en évidence que l'**élargissement progressif** du Copil et le grand investissement de ses membres constituait une force importante du projet dans la mesure où « *chaque nouvel arrivant constitue une source d'aides spécifiques sur le terrain et de **compétences additionnelles** au projet* ». Les participants ont ainsi souligné le « *soutien que chaque partenaire apporte via la mise à disposition d'informations et de moyens* ». Parmi les acteurs qui pourraient encore être intégrés ou dont une implication plus importante est attendue dans le futur, les répondants citent : les maisons de repos, les artistes, les organismes responsables des logements sociaux et les mutuelles.

L'une des forces soulignées dans l'analyse SWOT est également une « **bonne délégation de responsabilité vers la chargée de projet** », une interprétation largement partagée mais qui ne fait toutefois pas entièrement consensus parmi nos répondants comme mentionné ci-dessus

Gestion de l'intégration de différents types d'organisations (asbl, pouvoirs locaux, etc.) dans le projet

Le projet implique à la fois des asbl et des pouvoirs locaux, des bénévoles et des professionnels, des acteurs de la santé et de l'accompagnement social.

Avis des répondants :

L'ensemble des répondants souligne avec enthousiasme **l'importance de ces implications croisées et des apprentissages réciproques réalisés dans ce contexte**. L'**investissement fort des pouvoirs locaux**, notamment dans les Ruches, et la souplesse dont ils ont parfois su faire preuve sont particulièrement appréciés (« *il y avait quand même une vraie volonté de participer* »). Ceux-ci ont vu dans le projet **l'occasion de se connecter aux groupes informels** dont ils n'avaient pas connaissance avant le projet et de se rapprocher des seniors plus précarisés qui ne franchissaient pas la porte des services publics. Les pouvoirs publics ont en retour accepté de fournir des bases de données permettant de mieux détecter les seniors isolés. Le **secteur associatif** a lui aussi participé très activement au projet en participant aux groupes de travail, en effectuant un rôle de **relais** et en transmettant les informations.

Des **freins** à la collaboration ont dû toutefois être dépassés et sont encore parfois présents : « *c'est une difficulté de s'ouvrir à d'autres espaces, à être un peu hors clous et donc être un peu déstabilisés* ». Du côté associatif, on souligne au départ « *la difficulté d'établir une **confiance** et une collaboration avec un projet financé par des fonds publics* ». D'après l'analyse SWOT, les parties prenantes ont en effet des **temporalités distinctes** : l'urgence est

souvent de mise pour les seniors, le projet requiert un temps assez long pour s'installer et les acteurs-partenaires sont souvent pris entre les deux. Cette même analyse mettait en évidence la difficulté à dépasser ou « *faire avec* » les **enjeux de concurrence** existant parfois entre structures et entre acteurs.

Il a fallu également **dépasser la réticence de certains acteurs à faire travailler des habitants du quartier avec des professionnels** (« *c'était un modèle qu'ils ne connaissaient pas et qui leur faisait un peu peur en termes d'éthique et en termes d'accompagnement des seniors. Ça leur faisait très peur que ce soit un peu sauvage, que ce soit un peu du bricolage* »). L'« **immersion** » des professionnels dans les Ruches et dans le travail de détection avec les connecteurs décrite plus haut semble avoir joué un rôle important dans la levée progressive des barrières : « *ils ont été assez sidérés de ce qui est ressorti de cette rencontre, de ces binômes et du travail qui s'est fait entre ces binômes. Et donc ils ont très fort changé leur fusil d'épaule suite à cet accompagnement et ils ont continué à proposer d'accompagner ces binômes pour comment bien travailler ensemble entre professionnels et habitants du quartier* ».

Modalités de communication de l'information

La communication dans et autour du projet passe par des outils de communication (flyers, vidéos, etc.) décrits plus haut mais aussi essentiellement par des rencontres et des réunions interpersonnelles.

Avis des répondants :

Le succès de la communication dans le projet est largement attribué aux **qualités de la chargée de projet et de l'assistant**. Ceci soulève néanmoins la **question de la personnalisation du réseau et de sa capacité à perdurer au-delà des individualités impliquées**. Certains répondants soulignent en outre leur **souhait d'une communication davantage digitalisée** au sein du projet.

3) Données quantitatives relatives aux accompagnements de personnes âgées réalisées par le projet CitiSen

En 2020, après un faux départ lié au Covid-19, CitiSen déployait véritablement ses Ruches en vue d'accueillir et d'accompagner les personnes âgées vivant dans le quartier Brabant, dans la réalisation d'une analyse globale de leurs besoins sociaux et de santé et l'apport de solutions

adaptées. Dès 2020, un encodage des données relatives à ces accompagnements³ a été entamé (voir la section méthodologie du rapport pour plus de détails). Cet encodage s'est maintenu sur la suite de la période pilote. Voici les principaux résultats couvrant la période de démarrage de l'encodage jusqu'à la fin de l'année 2021.

Deux points d'attention préliminaires relatifs à la structuration de ces résultats s'avèrent utiles à leur lecture. D'une part, **les effectifs rapportés dans les tableaux concernent des accompagnements et non des personnes distinctes**. Autrement dit, une même personne peut avoir recouru à plus d'une reprise au projet (cas de figure fortement rencontré par le projet) et elle sera en ce sens comptabilisée dans le tableau à équivalence du nombre d'accompagnements distincts réalisés. D'autre part, la présentation des données est ventilée en deux périodes qui font sens en termes de cycle de projet, à savoir **la période de mise en place des Ruches (année 2020) et la période de stabilisation de ces Ruches (année 2021)**. Au total **304 accompagnements** ont été menés sur la période analysée, dont 107 pour la période de mise en place (2020) et 197 pour la période de stabilisation (2021).

Caractéristiques sociodémographiques

Dans le

³ Par **accompagnement**, il faut entendre toute démarche ayant enclenché une analyse des besoins et devant en principe amener à un set de réponses adaptées. Dans le tableau 4, on examinera à ce propos le pourcentage effectif d'accompagnements pour lesquels une réponse a été fournie.

Tableau 3 présentant les **principales caractéristiques des accompagnements**⁴, on observe une **moyenne d'âge globale de 65,4 ans** : assez jeune donc pour un public senior (la plus jeune étant âgée de 27 ans) mais reflétant la volonté de CitiSen d'assouplissement de la tranche basse d'âge du public cible, pour répondre à la réalité socio-démographique du quartier (cf. diagnostic 2019 ayant mis en lumière l'importance du phénomène de vieillissement précoce).

La quasi-totalité des accompagnements ont concerné des personnes issues du quartier Brabant (93%). Les quelques autres pourcents se concentrant sur **d'autres quartiers de la commune (5%)**, on voit apparaître au cours de l'année 2021 une toute petite dispersion au-delà du territoire communal (4% au sein de la Région, 1% hors de la Région et 1% d'accompagnements de personnes sans abri).

⁴ Note de lecture du tableau : N.C. = donnée non collecté par le projet ; N.P. = données non présentées au vu du très faible taux d'encodage de la variable. Entre parenthèses figure le pourcentage de données manquantes pour la variable en question.

Tableau 3 : Caractéristiques des accompagnements

	<u>Mise en place (2020)</u>	<u>Stabilisation (2021)</u>	<u>Total (2020-21)</u>
	N=107	N=197	N=304
AGE	107 (0)	197 (0)	304 (0)
Minimum – Maximum	46 à 92 ans	27 à 88 ans	27 à 92 ans
Moyenne	64 ans	66,1 ans	65,4 ans
SEXE	107 (0)	197 (0)	304 (0)
Femmes	79%	65%	70%
Hommes	21%	35%	30%
PERSONNE VIVANT SEULE	106 (1%)	192 (2%)	298 (2%)
Oui	36%	47%	43%
Non	64%	53%	57%
PERSONNE ALLOPHONE	107 (0)	196 (0)	303 (0)
Oui	84%	34%	51%
Non	16%	66%	49%
QUARTIER D'HABITATION	104 (0)	197 (0)	301 (1%)
Du projet	97%	90%	93%
Attenant au projet	0%	1%	1%
De la commune (non attenant)	3%	4%	4%
D'une commune attenante	0%	2%	1%
Région bruxelloise	0%	2%	1%
Hors région bruxelloise	0%	1%	0%
Sans abri	0%	1%	1%
SOURCE DE REVENUS	103 (0)	192 (3%)	295 (3%)
Pension	55%	60%	59%
Allocations handicap/mutuelle	32%	21%	25%
Allocations sociales	3%	10%	7%
Salarié	0%	1%	0%
Indépendant	1%	0%	0%
Chômage	1%	7%	5%
Sans revenus propres	8%	2%	4%
AIDANT PROCHE IDENTIFIÉ	106 (1%)	196 (0,5%)	302 (1%)
Oui	91%	84%	86%
Non	9%	11%	11%
GÉNÉRALISTE / MAISON MEDICALE	100 (6%)	177 (10%)	277 (9%)
Oui	99%	90%	94%
Non	1%	10%	6%

PROFESSIONNEL RELAIS IDENTIFIÉ	95 (11%)	196 (0)	291 (4%)
Oui	32%	14%	20%
Non	68%	86%	80%

Les accompagnements ont **majoritairement concerné des femmes** (70% des accompagnements, pour respectivement 79% et 65% sur les deux périodes), **des personnes vivant en ménage** (57% des accompagnements, pour respectivement 64% et 53% sur les deux périodes), **ayant un-e aidant-e proche** (86% des accompagnements, pour respectivement 91% et 84% sur les deux périodes) **et disposant d'une maîtrise insuffisante du français pour recourir aux services sans nécessité d'interprète** (51% des accompagnements, pour respectivement 84% et 34% sur les deux périodes⁵). **La caractéristique de multiculturalité est très présente dans le quartier, engendrant une série de difficultés d'accès aux services (sans maîtrise de la langue). Les publics accompagnés sont en revanche relativement épargnés du fort isolement social**, plus largement observé dans les quartiers couverts par les deux autres projets. Ainsi **13% d'accompagnements réalisés par CitiSen ont concerné des personnes vivant seules et sans aidant proche**, là où l'on comptabilise respectivement 48% d'accompagnements de ce type de public dans le projet Senior Solidarité (déployé sur les quartiers Chasse et Jourdan) et 52% des accompagnements réalisés par Zoom Seniors (déployé sur les quartiers Anneessens, Bosnie, Marolles, Porte de Hal, Stalingrad).

Sur un plan socioéconomique, nous disposons de l'information quant à la source des revenus des personnes accompagnées. **59% des accompagnements ont concerné des personnes disposant d'une pension, 25% d'allocations en lien avec un statut de maladie ou d'invalidité et 7% d'allocations sociales.** On comptabilise encore **5% d'accompagnements de personnes au chômage et 4% de personnes sans revenus propres** (c'est-à-dire qu'elles sont aidées par la famille ou dépendantes de la pension du/de la conjoint-e).

Enfin, deux variables nous permettent de nous figurer le premier cercle de professionnels socialisant des personnes, via le fait de disposer d'un-e médecin généraliste attitré (ou d'être inscrit-e en maison médicale) et d'un-e autre professionnel-le référent-e en matière social-santé. Pas moins de **94% des accompagnements ont concerné des personnes disposant d'un-e médecin généraliste** (pour respectivement 99% et 90% sur les deux périodes) **et une part**

⁵ Dans le cadre du volet qualitatif de l'évaluation auprès de personnes âgées ayant été accompagnées par le projet, il est apparu que l'encodage de cette variable 'statut allophone' n'avait pas été consistant - remplaçant dans une série de cas (proportion non estimable) la réponse à cette question de maîtrise de la langue des institutions (statut allophone) par la question de la langue maternelle (autre que la langue des institutions). En ce sens, une surestimation de la proportion de personnes allophones a été opérée.

moins de personnes disposaient par ailleurs d'un relais tiers social-santé (20% des accompagnements, pour respectivement 32% et 14% sur les deux périodes). Les données relatives au médecin généraliste s'avèrent très favorables si l'on considère qu'en 2019, le pourcentage moyen d'observance de la patientèle à la pratique de médecine générale à Schaerbeek était de 85% pour les 65-74 ans et de 86% pour les 75 ans et plus, d'après l'ATLAS de l'Agence InterMutualiste : <http://www.aim-ima.be/Atlas-AIM>.

Contexte du contact préliminaire à l'accompagnement

Le Tableau 4 nous permet, quant à lui, d'appréhender le **cadre dans lequel s'est faite la rencontre** avec le projet qui a débouché sur l'accompagnement de la personne. Pour cela, nous disposons de deux variables distinctes. La première spécifie qui a été à l'initiation de ce contact et la seconde le lieu (ou contexte) dans lequel s'est opéré ce contact.

Tableau 4: Caractéristiques de la rencontre avec le projet

	<u>Mise en place (2020)</u>	<u>Stabilisation</u>	<u>Total (2020-21)</u>
	N=107	(2021) N=197	N=304
INITIATEUR DU CONTACT	106 (1%)	196 (0)	302 (1%)
Personne âgée	65%	78%	73%
Aidant proche	6%	2%	3%
Intervenant dans le projet	28%	15%	20%
Autres	1%	6%	4%
LIEU DU CONTACT	107 (0)	197 (0)	304 (0)
Point de contact du projet	73%	84%	80%
Téléphone	8%	7%	8%
Domicile de la personne	9%	7%	8%
Rue	8%	2%	4%
Autre	1%	0%	0%

Sur l'initiation du contact, il faut noter de façon consistante une **grande majorité (73%) des accompagnements découlant d'une prise de contact opérée par les personnes âgées elles-mêmes**. A contrario, une certaine dégressivité est observée entre les deux périodes à propos des mises en contact opérées **par des intervenants - partenaires** du projet, passant **en période de mise en place des Ruches de 28% des cas à 15% des cas en période de stabilisation des Ruches** (pour 20% des accompagnements réalisés sur l'ensemble des deux périodes). Au départ des données disponibles, on observe un report équivalent de ces pourcents 'perdus' (13%) sur

les seniors (passant de 65% à 78%). S'il nous est impossible d'expliquer avec assurance cette **tendance dégressive, qui est toutefois observée dans les trois projets**, plusieurs hypothèses, additionnelles ou concurrentielles, peuvent être avancées. Ceci pourrait ainsi s'expliquer de façon positive par la connaissance plus établie de l'existence de CitiSen chez les personnes âgées du quartier et/ou par une stratégie des acteurs tiers de référencement plus immédiat des personnes âgées directement vers CitiSen (ces deux hypothèses soutenant la stratégie d'autonomisation des personnes).

Concernant le lieu de contact, on note une **prédominance des Ruches captant 80% des accompagnements**. Ce pourcentage très élevé se marque, qui plus est, dès la période de mise en place, avec 73% des accompagnements réalisés. On peut en ce sens postuler que le travail de visibilité des Ruches, opéré suite à leur ouverture, a constitué un levier non négligeable. On retrouve ensuite, mais plus marginalement, **le domicile de la personne et le contact téléphonique (8% des accompagnements chacun) comme canaux de mise en contact avec le projet** pour les personnes ayant été accompagnées. Enfin, notons la **spécificité du quartier Brabant** comme seul des trois projets ayant réalisé des **accompagnements (4%) suite à un contact dans l'espace public (rue)**.

En croisant ces deux variables du Tableau 4 (données non présentées), on constate un **différentiel de modalités de contacts préférentiellement opérées par les professionnels et par les personnes âgées**. Ainsi **pour les premiers, il s'agit des Ruches dans 58% des cas, du domicile dans 21% des cas et du téléphone dans 12% des cas**. On précisera ici que la modalité 'à domicile' a perdu en intensité entre les deux périodes (tant en nombre absolu qu'en pourcents, avec un passage de 29% en 2020 à 15% en 2021), interrogeant une **potentielle évolution (à la baisse) des pratiques de passage au domicile** des personnes (qu'il s'agisse du fait des intervenants ou des personnes âgées elles-mêmes). **Pour les personnes âgées, les modalités de contact préférentielles sont les Ruches, observées dans 88% des accompagnements et le téléphone dans 5% des accompagnements**.

Types de besoins identifiés dans le cadre des accompagnements réalisés

Le Tableau 5 présente de façon synthétique les **grandes catégories de besoins** ayant été identifiées pour chaque accompagnement réalisé auprès des personnes âgées. Il faut d'entrée souligner que chaque accompagnement concerne généralement simultanément plusieurs types de besoins, eux-mêmes concernant souvent plusieurs sous-types à la fois. En ce sens, **l'accompagnement concerne typiquement tout à la fois une variété et une quantité importantes de besoins. Qui plus est, les besoins identifiés relèvent de besoins de base :**

recours aux droits et aides sociaux, logement, activités de la vie quotidienne, santé, mobilité, relations sociales.

Tableau 5 : Analyse des besoins

	<u>Mise en place (2020)</u>	<u>Stabilisation (2021)</u>	<u>Total (2020-21)</u>
	N=107	N=197	N=304
TYPES DE BESOINS IDENTIFIÉS			
Accompagnement social	59%	71%	66%
Activité de la Vie quotidienne	61%	29%	40%
Aide pour le logement	15%	23%	20%
Soins	16%	7%	10%
Activités récréatives et socialisation	6%	5%	5%
Mobilité	7%	2%	4%

Le type de besoins le plus fréquemment rencontré concerne **l'accompagnement social**, puisqu'il est rapporté **dans 66% des cas** (respectivement 59% et 71% pour les deux périodes, et où l'on constate donc un **accroissement de demandes en 2021**). Ce premier type de besoins recouvre les questions administratives, liées aux pensions ou demandes de reconnaissance de handicap, à l'accès aux droits sociaux, aux avantages sociaux, à l'accès bancaire, au recours à la justice. On comptabilise ensuite **40% de situations relatives aux activités de la vie quotidienne**, comprenant les demandes d'aide familiale ou ménagère (incluant les titres services), la garde à domicile ou la toilette corporelle. En troisième lieu, on retrouve tout ce qui a trait aux **aides concernant le logement et la situation en logement** (qualité du logement et adaptation aux besoins de la personne), **avec 20% des accompagnements concernés**. Ceci inclut les adaptations du logement, la réalisation de petits travaux, la recherche d'un autre logement (en ce compris de MRPA et MRS), l'aide au déménagement ou la récupération de ses affaires, ainsi que l'accompagnement social spécifiquement lié au logement. **La question des soins** proprement dits (médecine générale, coordination de soins, soins paramédicaux, santé mentale, autres soins spécialisés, matériel technique) arrive en quatrième position (comme dans les deux autres projets) et **concerne 10% des accompagnements**. On notera à ce sujet une réduction de moitié de pourcentage entre les deux périodes, passant de 16% à 7%. Ensuite, on comptabilise **5% d'accompagnements** où des questions relatives **aux activités récréatives ou de socialisation** se posent (formations, activités sportive ou culturelles, lieux de rencontres seniors ou de quartier, investissement dans le bénévolat). Enfin, **l'enjeu de mobilité** (chèque taxi, transports de loisir, médicaux ou alimentaires) **est identifié dans 4% des cas**. On note sur

ce dernier type de besoins une diminution observée entre la première et la deuxième période, mais pour laquelle nous n'avons pas d'explication tranchée.

Réponses et actions entreprises par le projet dans le cadre des accompagnements réalisés

Le Tableau 6 décrit les **réponses et actions entreprises par le projet** dans le cadre des accompagnements des personnes réalisés au cours de la période 2019-2021. Pour rappel, un accompagnement est comptabilisé à partir du moment où une analyse des besoins a été réalisée. On note tout d'abord un **taux de réponse fournie dans 100% des accompagnements effectués**. S'il y a donc bien une recherche de réponses largement opérée, ceci n'équivaut pas encore à l'assurance d'une réponse effective aux besoins, notamment puisque la logique du modèle testé dans le cadre de ce pilote repose sur le travail en réseau et le relais vers les acteurs ou services compétents, en vue de répondre à la variété de ces besoins identifiés chez les personnes âgées du quartier. On perçoit justement la multimodalité nécessaire pour répondre à ces divers besoins, au travers de deux indicateurs présentés dans la suite du Tableau 6. Ainsi, **chaque accompagnement aura en moyenne nécessité 1,2 démarches ou actions de la part du projet, allant de 1 à 3 démarches selon la situation spécifique de la personne**.

Mais quelles sont exactement ces démarches ou actions entreprises ? Elles sont regroupées en 9 catégories présentées dans le Tableau 6 (pour une description de chacune de ces 9 catégories, voir l'Annexe 7).

On retrouve tout d'abord la **mise en relation des personnes et des services (relais) qui est observée dans 54% des accompagnements**. En majorité, la logique opérée ici par CitiSen est celle qui consiste à assurer une *communication de coordonnées spécifiques (nominatives) à la personne âgée pour obtenir réponse à son besoin* (voir l'Annexe 7, catégorie Relais, 1^{ière} ligne), et où c'est donc la personne âgée elle-même qui a l'initiative de prendre contact avec la/les personne/s référées car elle seule a l'information. On notera une évolution à la hausse de ce type de démarche entre les deux périodes, à raison de 45% en période de mise en place et de 58% en période de stabilisation, qui pourrait indiquer l'amélioration de la connaissance du réseau d'acteurs socio-sanitaires par le projet.

En deuxième position, on retrouve les accompagnements nécessitant **une aide administrative (29%)**. Cette catégorie inclut : des explications sur les droits ou avantages sociaux possibles ; des démarches pour obtenir de l'information ou une vérification sur le dossier spécifique de la personne ; le remplissage de documents, formulaires, avec parfois l'envoi ou dépôt de dossier pour la personne... ; la (re)mise en place d'un service ou d'un accompagnement. Ce pourcentage déjà très élevé pourrait refléter en partie la **tendance lourde depuis la crise sanitaire à la mise**

en veille, ou à la *conditionnalisation* d'accès (prise de rendez-vous obligatoire), voire la fermeture définitive, du *frontdesk* de nombreux services publics (administrations, services sociaux, ...) et privés remplissant des missions de service public (ex : fourniture énergétique, banques, ...), auquel s'ajoute le passage accru à la digitalisation des services - **accroissant quant à lui la fracture numérique**. CitiSen, via ses Ruches, assurerait à contrario un accès bas seuil aux services.

En troisième position, vient la **prise de rendez-vous** (*par mail ou téléphone pour concrétiser un rendez-vous médical, social ou avec tout autre service d'utilité*) pour la personne avec **14% des accompagnements** concernés. On note un certain accroissement (11% à 16%) de cette catégorie de démarche entre les deux périodes.

Ensuite, on retrouve une catégorie d'actions particulièrement spécifique au projet CitiSen, avec **13%** d'accompagnements concernés. Celui-ci couvre des demandes de **traduction de courriers ou documents individualisés et/ou le recours à un-e interprète**. Cet aspect renvoie aux caractéristiques multiculturelles du quartier évoquées plus haut. On relèvera dès lors la réduction de près de deux tiers de ces démarches dans le cadre des accompagnements réalisés en première (23%) et deuxième (8%) périodes. Ceci étant toutefois consistant avec la réduction de la proportion d'accompagnements concernant des personnes allophones en deuxième période par rapport à la première période (voir le

Tableau 3).

Vient alors la catégorie 'information' comme *communication d'informations globales sur l'existence de services ou lieux d'intérêt pour la personne* qui va être **prodiguée dans 4% des accompagnements**. Si le pourcentage semble faible globalement, et d'autant plus surprenant sur la seule deuxième période (0%), il est vraisemblable que l'information "trop" générique soit jugée peu pertinente dans le cadre des accompagnements réalisés par CitiSen.

Les trois types de démarches suivant dans l'ordre de fréquence du tableau 4, **qui présentent des pourcentages globaux très marginaux, ont de plus connu une décroissance entre les deux périodes (mise en place et stabilisation)**. Il s'agit du **suivi des personnes accompagnées** - incluant *un suivi du dossier d'accompagnement jusqu'à l'aboutissement de solutions ou la réalisation de contacts téléphoniques ou par mail pour vérifier que les relais ont été fait*), opéré dans 0% des accompagnements, et passé de 1% à 0% entre les deux périodes. Il s'agit aussi des **visites à domicile** - quelles soient *initiées par un service/intervenant ou à la demande de la personne (entourage)* - (1% des accompagnements, étant passés de 2% à 0%) et de **l'accompagnement physique de la personne** à un rendez-vous socio-sanitaire (3% des accompagnements, étant passés de 5% à 2%). L'élément explicatif en ce sens, selon nous, constitue **la mise sur pied d'une formation et d'un suivi des binômes au sein des Ruches, afin d'assurer la cohérence et la consistance des logiques d'accompagnements opérés en regard des objectifs du projet pilote** (voir la section Points d'appui locaux : Les Ruches).

L'accompagnement psychosocial des personnes couvre des *situations de personnes isolées, ayant besoin d'être écoutées plus que de recevoir une information ou des services spécifiques*. Il clôture cette liste avec **1% des accompagnements**, étant passés de 0% en 2020 à 2% en 2021.

Tableau 6: Réponse fournie et actions entreprises

	<u>Mise en place (2020)</u>	<u>Stabilisation (2021)</u>	<u>Total (2020-21)</u>
	N=107 (0)	N=196 (0)	N=303 (0)
REPONSE FOURNIE	99%	100%	100%
NOMBRE DE DEMARCHES & ACTIONS ENTREPRISES			
Moyenne	1,3	1,2	1,2
Minimum – Maximum	1-3	1-3	1-3
TYPES DE DEMARCHES & ACTIONS ENTREPRISES			
Relais	45%	58%	54%
Aide administrative	31%	28%	29%

Prise de rendez-vous	11%	16%	14%
Traduction/ Interprétariat	23%	8%	13%
Information (flyer, ...)	10%	0%	4%
Accompagnement physique de la personne	5%	2%	3%
Accompagnement psychosocial	0%	2%	1%
Visite à domicile	2%	0%	1%
Suivi spécifique (mail, tel)	1%	0%	0%
SERVICES SOLLICITES ou REFERES			
Activités de la vie quotidienne	26%	34%	31%
Aides & assistance sociales (droits de base)	16%	33%	27%
Acteurs & services de santé	34%	18%	24%
Aide informelle	29%	20%	23%
CitiSen	2%	22%	15%
Socio-culturel	8%	7%	7%

Enfin, la dernière section du Tableau 6 présente **les services sollicités ou référés à la personne dans le cadre de cette réponse fournie.**

Dans **31% des accompagnements**, des services soutenant les **activités de la vie quotidienne** auront été sollicités. Ils couvrent les services d'aide à domicile, d'accompagnement en logement, d'adaptations du logement, ou de relogement, les services de transport, les services seniors, les administrations publiques. Viennent ensuite **les acteurs de l'aide et assistance sociales, à hauteur de 27% des accompagnements**, couvrant les CPAS et autres services sociaux, les services d'aide juridique, administrative ou alimentaire, la police et les fournisseurs d'énergie, assurance, et les banques. En troisième lieu, se situent **les acteurs du soin (24% des accompagnements)** qui couvrent la première ligne, les services de soins à domicile, les services spécialisés et hospitaliers, les mutuelles et les pharmaciens. On relèvera la décroissance du recours à ce type d'acteurs (de 34% en 1^{ère} période à 18% en deuxième période), pouvant potentiellement s'expliquer - en tout cas en partie - par la diminution du pourcentage d'accompagnements ayant relevé un besoin de soins entre ces mêmes deux périodes (voir le Tableau 5). Ensuite, **23% des accompagnements ont engendré une sollicitation ou un référencement vers de l'aide informelle (services ou initiatives (de) bénévoles)**. Ce pourcentage s'inscrit dans une certaine continuité du projet qui a significativement investi dans l'inclusion et le partenariat avec les acteurs de l'aide informelle. Demeurent la catégorie des **acteurs du secteur socioculturel (7%)**, probablement peu mobilisés car renvoyant à une catégorie de besoin peu marquée. Enfin, on notera la **hausse très importante de réponses directement assurée par CitiSen au cours de l'année 2021 (20%), par rapport à la première période de mise en place du projet (2%)**. A ce propos-ci, on renverra le lecteur aux mêmes hypothèses, formulées dans le précédent paragraphe, relatives à une prise en charge directement opérée par le projet, au lieu de la mise en relation des personnes accompagnées avec des acteurs ou services tiers de l'aide.

B. Projet pilote « Senior Solidarité »

1) Carte d'identité du projet

a) Présentation générale du projet

Le projet Senior Solidarité a été introduit initialement par le service communal Contact Plus en partenariat avec la maison médicale du Maelbeek, le CPAS d'Etterbeek, la maison de quartier Chambéry et Klinikare. Le porteur principal, Contact Plus, est le Service des Affaires Sociales de la Commune d'Etterbeek à destination des personnes âgées, en situation de handicap et/ou à mobilité réduite.

Le projet a débuté administrativement le 5 novembre 2018 avec l'engagement d'une chargée de projet à temps plein et d'une accompagnatrice psycho-sociale à mi-temps. La fonction d'accompagnatrice psycho-sociale sera par la suite substituée par celle de « zorgcoach » présentée plus loin.

b) Limites géographiques du projet

Le projet Senior Solidarité s'adresse aux personnes âgées du quartier Chasse-Jourdan (codes 33 et 34 du Monitoring des Quartiers) correspondant à la partie ouest de la commune d'Etterbeek (Figure 2 : Tracé rouge). Le choix de ce territoire a été guidé par la préexistence d'un Contrat de Quartier Durable (CQD) « Chasse-Gray » sur un territoire s'étendant de la place Jourdan à l'hôtel communal (Figure 2 : Zone colorée en rouge). Les projets initiés dans le cadre de ce CQD avaient pour objectif d'améliorer le cadre de vie et concernaient principalement le logement, les infrastructures et espaces publics, l'environnement, les aspects socio-économiques et la cohésion sociale. Les porteurs du projet Senior Solidarité y ont donc vu l'opportunité de potentialiser les effets des deux projets et ont donc décidé d'étendre le périmètre du CQD d'un côté vers la place Jourdan et de l'autre vers le quartier dit « la Chasse » (Figure 2 : Tracé bleu) développant ainsi la zone d'action sur un territoire présentant les mêmes caractéristiques en termes de populations : le quartier Chasse-Jourdan.

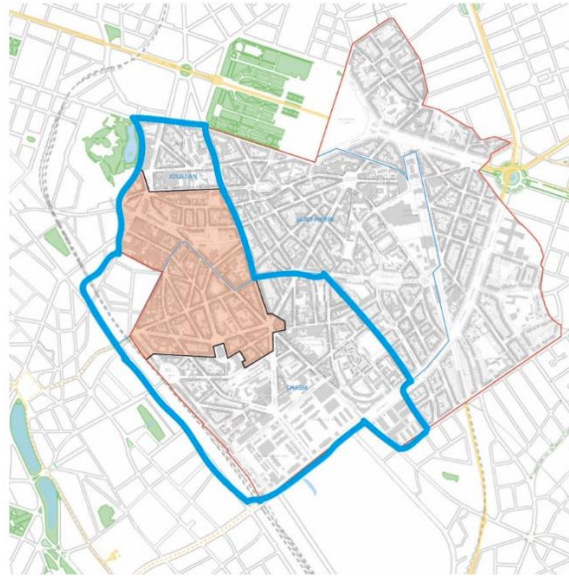


Figure 2 - Délimitation du quartier Chasse-Jourdan issue du Diagnostic de quartier du projet Senior Solidarité

c) Caractéristiques démographiques et socio-économiques du quartier

Au lancement du projet, début 2019, le quartier Chasse-Jourdan comptait 12.667 habitants dont 8,62% de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 1092 personnes d'après des données extraites du Registre communal de la population le 18/01/2019. Parmi ces 1092 personnes âgées près de 30% avaient 80 ans et plus et présentaient donc un plus fort risque de perte d'autonomie. Les personnes âgées des 2 quartiers d'intérêt étaient dans 78% des cas de nationalité belge, suivis très loin derrière par les ressortissants italiens avec 4,21% et les ressortissants français avec 3,66% (Contact Plus, 2019). Lorsqu'on s'intéresse à la population etterbeekoise dans son ensemble, on observe cependant une plus grande diversité tant au niveau des nationalités des habitants qu'au niveau socio-économique (brassage de classes populaires, moyennes et aisées). En effet, la proximité avec les institutions européennes a progressivement modifié le paysage de la commune. Ainsi on relève un rajeunissement considérable de l'âge moyen de la population mais aussi l'accroissement d'inégalités sociales au sein de la Commune avec une précarité plus présente dans la partie Ouest (IBSA, 2016). Les habitants du quartier Chasse-Jourdan ont en effet le revenu moyen annuel le plus faible sur l'ensemble de la commune (12.020€ contre 12.597€ en 2015 d'après les données du Monitoring des quartiers en 2019 : <https://monitoringdesquartiers.brussels/tables/>). D'autre part, la proportion de personnes âgées 65 ans et plus bénéficiant d'un revenu de remplacement était plus élevée dans nos deux quartiers cibles (Contact Plus, 2019).

2) Analyse des interventions, mécanismes, acteurs ayant contribué aux objectifs du projet

a) *Interventions servant à entrer en contact et à détecter les seniors en situation de fragilité*

Le projet Senior Solidarité a mis en place différents dispositifs pour entrer en contact et détecter les seniors fragilisés. Nous reprenons ici les dispositifs les plus importants ainsi que leurs atouts et difficultés tels qu'identifiés par les coordinateurs, partenaires et bénéficiaires du projet lors des phases de consultation.

La détection précoce systématisée

La détection précoce systématisée consiste à aller à la rencontre du public des aînés afin de leur présenter le projet Senior Solidarité et de leur proposer des services pour les accompagner dans la recherche de réponses à leurs besoins et souhaits. Afin de rentrer en contact avec des aînés ciblés selon des critères prédéterminés (âge et lieu de résidence), la Commune a donné accès à des données extraites des registres de la population, de l'état civil et des étrangers. Un courrier annonçant le passage a été systématiquement adressé aux personnes ciblées selon ces critères, il annonçait le passage (avec possibilité de le refuser ou de le reporter). Le passage lui-même était encadré par un protocole de présentation du projet et un flyer était déposé en cas de non-réponse. La détection précoce systématisée a été principalement menée par le zorgcoach, en collaboration avec un travailleur de la Maison médicale du Maelbeek et un travailleur de la Maison de Quartier Chambéry (Senior Solidarité, 2021), auquel s'est ajouté un travailleur du CPAS. Sur le plan quantitatif, parmi les 1.084 personnes incluses dans la stratégie de détection précoce réalisée en 2021 auprès des plus de 70 ans, 32,5% ont pu être effectivement rencontrés, 33,7% ont soit annulé le rendez-vous organisé soit marqué un refus explicite et 33,8% n'ont pas réagi lors du passage (Senior Solidarité, 2022).

Avis des répondants :

Les partenaires du projet sont unanimes pour affirmer que la stratégie de détection précoce est **une des grandes réussites** du projet : « *Cela me semble être l'une des réussites du projet. Grâce à la coopération avec la municipalité, nous avons pu nous rendre dans les foyers des personnes âgées.* » ; « [La détection précoce et la Senior Mobile me semblent être] *de solides stratégies de détection précoce qui, espérons-le, seront évaluées positivement et utilisées à long terme. Cela me semble être l'un des principaux mérites du projet et de ses résultats positifs en matière de coopération avec la Commune* ». En effet, par cette action, le projet a pu **gagner en visibilité** et **toucher un public qui n'avait pas encore été atteint** par les autres initiatives : « *Ça a amené*

beaucoup de demandes parce que jusque-là, on avait un peu de difficultés à se rendre vraiment visibles auprès des personnes âgées ici à Etterbeek même s'il y avait déjà eu certains numéros de la Senior GazEtt, il y avait eu une Senior mobile [...] Mais cette action de détection précoce a vraiment permis de toucher beaucoup plus de personnes, des personnes qui ne sortent pas forcément mais qui ont tout autant de besoins ».

La « Senior Mobile »

La Senior Mobile est un stand prévu pour pouvoir être installé dans différents lieux de passage à Etterbeek pendant une semaine afin de sensibiliser le grand public aux enjeux du maintien à domicile des aînés dans de bonnes conditions. Elle a été pensée dans l'objectif de favoriser une ambiance conviviale afin d'inciter les aînés à venir rencontrer les professionnels, prendre des renseignements ou simplement passer du temps en compagnie d'autres personnes. Tout comme pour la détection précoce la volonté est d'aller au-devant des publics, dans leurs lieux de vie (Senior Solidarité, 2021).

Avis des répondants :

Les répondants estiment unanimement que c'est une **action qui a du sens** dans la stratégie globale : « *Il s'agit d'une activité de sensibilisation qui a du sens.* » ; « *Bonne stratégie pour entrer en contact avec les différents quartiers d'Etterbeek et pour atteindre les résidents/personnes âgées/bénévoles potentiels...* » ; « *Ce projet permet de faire connaître des services qui peuvent aider les seniors* ». Cependant, comparativement à l'action de détection précoce, ils s'accordent pour dire que cette action a permis d'améliorer le maintien à domicile des aînés à un degré moindre. En effet, les répondants sont « tout à fait d'accord » quant au rôle joué par la détection précoce et « plutôt d'accord » lorsqu'il s'agit de la Senior mobile ».

Un répondant nous confie par ailleurs que **le format de la Senior Mobile a évolué suite à une évolution de l'implication des partenaires** qui estimaient ne pas pouvoir rester mobilisés pendant une semaine entière : « *[La Senior Mobile] a évolué en cours de route : l'implication des partenaires a changé, le format a changé [...] C'est devenu une semaine entière de demi-jours avec des partenaires qui n'étaient plus impliqués sur tous les jours, mais par petits bouts sur des demi-journées entières en fonction du lieu choisi par rapport à leur zone d'action* ».

Du côté des personnes âgées rencontrées par entretien qualitatif, aucune n'identifie l'action en question, c'est-à-dire n'a le souvenir d'en avoir entendu parlé ou de savoir de quoi il s'agit.

Le dépliant explicatif

Un dépliant expliquant le projet a été créé au démarrage du projet grâce à un groupe de travail "communication" composé d'ânés et de membres du comité de pilotage du projet. Le dépliant a été mis en forme par le graphiste communal en respectant la charte graphique d'Etterbeek. Ce dépliant explicatif est destiné à être distribué aux aînés et aux acteurs rencontrés. Il a été actualisé en 2020 afin de le rendre plus attractif et plus lisible sur les domaines d'accompagnement dans lesquels intervient le zorgcoach (Senior Solidarité, 2020 ; Senior Solidarité, 2021).

Avis des répondants :

Les partenaires du projet sont **mitigés** quant au rôle que le dépliant explicatif a pu jouer. S'ils sont d'accord sur le fait que cela participe à visibiliser le projet : « *L'information écrite reste importante pour le groupe cible des personnes âgées. Les dépliants, les affiches, contribuent à la visibilité* » ; « *Cet outil permet de faire connaître le projet* », ils sont moins unanimes lorsqu'il s'agit d'évaluer si l'outil a permis ou pas d'améliorer le maintien à domicile des aînés. En effet, un répondant est « *plutôt d'accord* » quant au rôle joué par le dépliant tandis qu'un autre est « *plutôt pas d'accord* ».

Du point de vue des aînés bénéficiaires, le bilan d'accroche du dépliant est assez défavorable puisqu'ils ne voient pas de quoi il s'agit et ne se souviennent pas d'avoir reçu ce dépliant.

La « Senior GazEtt »

La Senior GazEtt est un journal destiné aux aînés etterbeekois afin de les informer de l'ensemble de l'offre existante sur le territoire communal en termes de maintien à domicile au sens large : soins, aides, loisirs, etc. (Senior Solidarité, 2021).

Avis des répondants :

Les répondants estiment unanimement que c'est une action qui permet de **visibiliser l'offre de services sur le territoire** pour les aînés et donc d'améliorer leur maintien à domicile : « *Bonne idée de montrer des initiatives alternatives pour les personnes âgées* » ; « *Cet outil permet de faire connaître des services qui peuvent aider les seniors* ».

En plus de toucher les aînés, elle a l'avantage de **s'adresser à un public plus large** (habitants, entourage, commerçants, etc.) : « *Je pense que la Senior GazEtt c'est arrivé parce que c'était un moyen qui permettait d'informer en touchant un public large [...] Donc on l'a pensée avec les autres partenaires et on est en train d'essayer d'intégrer une partie pour que ce soit les personnes âgées qui aient un espace dedans.* » ; « *On a saisi l'opportunité d'avoir la Senior GazEtt et de se dire ok tous les seniors la reçoivent dans la boîte aux lettres mais ça peut être*

intéressant que soit d'autres professionnels, soit d'autres publics puissent l'avoir et donc on l'a mise dans les pharmacies et dans des structures clés. ».

Un répondant estime cependant qu'elle **pourrait être plus attractive** : *« Après c'est pas non plus l'outil parfait parce qu'il est en deux langues, il est en papier, etc. Donc on a essayé de se tourner aussi vers les personnes qui avaient un mail en leur proposant de le leur transmettre par mail ».* Un autre répondant regrette le **filtre communal** qui s'exerce pour la promotion de certains services en fonction des liens de ces services avec telle ou telle communauté ou telle ou telle obédience politique.

Parmi les bénéficiaires rencontrés, sans que l'on puisse parler d'un échantillon représentatif, la moitié d'entre eux (soit 4 personnes) disent connaître la Senior GazEtt. Une majorité de ces personnes ont toutefois une **vision assez floue et peu engageante** sur le contenu de cette production : *« J'ai reçu un journal... » ; « Oui, oui ça j'ai. Il faut dire la vérité, je regarde ça mais je fais pas très attention. Je suis pas encore en demande pour tout ça. C'est pour le voisin, quoi ! ».* A contrario, une de ces personnes souligne l'**intérêt de cette publication** où elle conserve systématiquement ce qui l'intéresse et qui lui a servi à rentrer en contact avec le projet : *« Moi je jette vite quand j'ai plus besoin [...] tout est rangé là [...] j'avais découpé le premier carton avec les numéros de téléphone... Et voilà, j'avais appelé sur base du journal [Senior GazEtt] ».*

Points d'appui locaux

Dans la réponse initiale à l'appel d'offre, il était question de donner davantage de visibilité et donc un rôle aux divers points de contact, de rencontre et d'ancrage existant sur le territoire communal. En effet, le porteur du projet estimait que ces lieux fréquentés par des populations variées constituaient des portes d'entrées uniques et spécifiques pour l'accès à divers services (repas, écoutes, rencontre, activité, etc.). Ces diversités garantissaient à tous la liberté de choisir le lieu vers lequel ils désiraient se tourner pour déposer des réalités de vie souvent lourdes à confier. Il était donc question d'identifier, de répertorier et de contacter ces différents lieux afin d'améliorer leur visibilité (via une cartographie) et leur accessibilité pour le public cible. Cette ambition n'a finalement pas été concrétisée par le projet. Celui-ci s'est à la place concentré sur la ligne téléphonique, gérée par l'équipe de coordination du projet, comme point de contact pour les personnes âgées.

Avis des répondants :

Certains répondants estiment que **la Commune est peu accessible** pour les aînés et que de ce fait, il aurait fallu **développer des points d'accueil décentralisés** : *« Nous pensons également*

*qu'il est important d'organiser des points d'accueil accessibles pour les personnes âgées dans différents endroits de la commune » ; « Depuis le déménagement du centre communal dans le nouveau bâtiment, Contact Plus ne dispose plus de ses propres locaux. Nous le savions dès le début du projet, et y avons vu l'opportunité de mettre en place un réseau de points de contact pour les seniors, chacun avec son approche et sa spécificité » ; « Par rapport à la visibilité et à l'accessibilité par rapport aux personnes âgées [...] la centralité de la Commune dans laquelle [senior Solidarite(it)] est intégré, [surtout depuis [qu'ils ont déménagé, fait qu'ils n'ont] pas un lieu de contact très sympathique où les gens peuvent venir pour déposer leurs problèmes sans forcément appeler, je pense que ça peut peut-être être une barrière ». Il s'agit donc pour d'autres répondant d'une **occasion manquée** par le projet qui aurait pu se rendre (encore) plus accessible : « Une action importante reste à développer, à savoir des points d'information accessibles pour les seniors dans le quartier auprès de la municipalité et des associations, organisations, etc. » ; « Cet exercice n'est pas vraiment fait et me semble une occasion manquée ».*

b) Interventions permettant de favoriser la prise en charge multidisciplinaire et globalisée des seniors

Le projet Senior Solidarité a mis en place différentes stratégies pour accompagner les aînés dans leurs différentes demandes et besoins. Nous reprenons ici les principales stratégies ainsi que leurs forces et faiblesses telles qu'identifiées par les coordinateurs, partenaires et bénéficiaires du projet. Nous renverrons par ailleurs le lecteur au point 3) de cette monographie concernant les données quantitatives relatives aux accompagnements des personnes âgées réalisés par Senior Solidarité.

L'accompagnement réalisé par le zorgcoach lors des rencontres avec les aînés

« Le zorgcoach est « la » personne privilégiée dans l'écoute des aînés. Il doit considérer la situation de manière globale et ensuite organiser les soins adéquats. C'est un professionnel qui va guider les aînés vulnérables et les connecter aux réseaux formels et informels. Il est sur le terrain, à l'écoute de tous, au contact avec la réalité individuelle de chaque personne en situation de fragilité. Il est celui qui organise et fait le lien pour que les deux réseaux collaborent au bénéfice du public cible » (Contact Plus, 2017).

Avis des répondants :

Les partenaires du projet sont unanimes pour dire que c'est **l'une des actions phares qui favorise le maintien à domicile** des aînés : « Selon moi, l'accompagnement des personnes

âgées vulnérables dans les différents domaines de la vie est un élément essentiel et indispensable d'une politique visant à leur assurer une vie plus longue et de qualité à domicile » ; « C'est l'objectif de la prise en charge et les retours des seniors à ce sujet sont positifs » ; « C'est l'une des actions clés du projet ». Ce point de vue est également partagé par certains aînés ayant été accompagnés par Senior Solidarité : « Disons que ça a été assez limité, mais le fait que ça soit été très positif, ça a créé... disons... un point de chaleur dans mon cœur... ».

Plusieurs bénéficiaires de l'accompagnement de Senior Solidarité soulignent que le **caractère individualisé et centré sur les demandes de la personne** est l'une des grandes forces de ce modèle : *« Pourquoi est-il utile ? Parce qu'il est plus individuel. Il est individuel et ponctuel »*. En ce sens, qu'il ne crée pas d'obligation ou d'engagement pour les personnes qui peuvent solliciter une aide très circonscrite, de par sa nature ou dans la temporalité de sa résolution. Deux personnes interviewées ont ainsi été en contact avec le service, de façon très ponctuelle et spécifique, dans le cadre de la vaccination Covid-19.

L'existence d'un **lien de confiance** entre le zorgcoach et les aînés est jugée essentielle au bon déroulement de ces accompagnements : La spécificité du travail du zorgcoach dans cet accompagnement des seniors passe, selon un répondant, par *« la prise en compte de la personne, la relation de confiance et l'écoute pour amener la personne à demander de l'aide, à aller vers le public » ; « Nous notons que certaines personnes âgées n'expriment pas immédiatement l'ensemble de leurs besoins et attendent une deuxième visite ou un certain temps avant d'exprimer des difficultés plus importantes ou plus intimes. Nous relevons ici l'importance de la création de lien de confiance entre le zorgcoach et le bénéficiaire pour le bon déroulement de l'accompagnement »*.

L'assurance d'obtenir une solution ou réponse via le contact avec le zorgcoach est un autre élément-clé de l'effectivité du projet souligné par un bénéficiaire : *« Pour moi personnellement, la grande force c'est que [le zorgcoach] il a compris notre problème et il a réagi d'une façon adéquate. Il a trouvé une solution et ça il n'y avait pas au début. Et ça je juge comme le plus important [...] C'est quelqu'un qui doit être un dispatcher en fait, c'est lui qui doit trouver les solutions. Parce que moi je n'ai pas les contacts »*.

Pour des personnes âgées vivant à domicile et dont les besoins peuvent évoluer dans le temps, ce lien constitue un **point de repère, d'ancrage** : *« J'ai plutôt une certitude, que s'il m'arrive quelque chose, je peux téléphoner [au zorgcoach]. C'est ça... c'est important... mes enfants, ils sont loin [...] Moi je trouve que d'avoir [le zorgcoach]... Je ne l'embête pas, je ne le sollicite pas souvent, mais je sais que si j'ai un problème, j'ai quelqu'un... un point d'ancrage »*. Dans

le **contexte du Covid**, la plus-value du poste de zorgcoach a été particulièrement prégnante, selon un répondant, « *pour faire relais entre les personnes âgées et les professionnels, dans une période de surcharge de travail et de réadaptation des procédures sur le terrain* ».

Le **turnover existant autour du poste de zorgcoach** est alors perçu comme un véritable facteur limitant pour ces aînés qui ont besoin d'un lien de confiance préexistant : « *Le fait qu'il y ait eu moins de prises en charge par le passé est lié au turnover des zorgcoachs* ». Notons que, selon certains répondants, ce turnover était plutôt lié à un manque d'attractivité des conditions d'embauche du zorgcoach qui était initialement un emploi à mi-temps.

La fiche d'entretien

La fiche d'entretien est un outil pensé et construit par les zorgcoachs afin de les accompagner dans leur pratique courante auprès des aînés et de passer en revue les domaines de vie qui pourraient amener à solliciter une aide ou un service (Annexe 8).

Avis des répondants :

Un répondant estime que l'intérêt de cet outil est de **garder une trace écrite des besoins et demandes exprimés** par les aînés afin d'en tenir compte lors d'accompagnements futurs : « *Cet outil permet vraiment de garder un œil sur toutes les facettes qui peuvent nous échapper si on vient comme ça sans rien ou qu'on se base uniquement sur le problème qui a été énoncé par la personne. Et alors c'est important d'aller voir un peu derrière les premières choses qui ont été énoncées par la personne* ».

Le biais de mémoire a été très présent dans les entretiens avec les personnes âgées, de leur propre aveu : « *Je ne me souviens plus bien* » ; « *Comment ça s'est encore passé ?* » ; « *J'ai des petits soucis de mémoire* ». Bien que l'échantillon de personnes âgées rencontrées ne soit pas significatif, seule une minorité d'entre eux (soit 2 personnes sur 8) font mention d'un entretien plus ou moins détaillé de leurs besoins dans le cadre de la rencontre avec le zorgcoach. Pour ces personnes, il s'agissait d'une analyse de l'état du logement en lien avec leur niveau de mobilité

L'arbre décisionnel du zorgcoach (répertoire des services)

Le territoire etterbeekois possède une offre riche en services d'aides et de soins pour les aînés recensée dans une multitude de sources ou de supports d'informations ciblés. Un des premiers objectifs du projet était donc d'identifier et de clarifier cette offre globale, en s'appuyant notamment sur les expertises et les réseaux des partenaires engagés. L'arbre décisionnel du zorgcoach (Annexe 9) est un outil créé afin de mettre en évidence l'ensemble du réseau d'aides

et de soins connu sur Etterbeek ; d'aider le zorgcoach à répondre aux besoins et demandes des aînés ; et d'illustrer le rôle du zorgcoach auprès des acteurs de terrain. Cet arbre est en évolution perpétuelle en fonction des changements de l'offre et des types de demandes. Il est question de le transformer en un répertoire recensant l'offre – tant formelle qu'informelle – afin d'améliorer la visibilité de l'offre à la fois pour les professionnels mais aussi pour les bénéficiaires (Senior Solidarité, 2020).

Avis des répondants :

L'arbre décisionnel est le produit d'un travail de « *proximité et de connaissance du réseau* » qui est jugé **très utile pour offrir des réponses « adaptées aux demandes et aux envies des aînés et de leur entourage »** : « *Et donc souvent nos prises en charge se basent sur cet arbre-là, une fois qu'on a pu identifier les besoins, on peut directement voir les acteurs auxquels on peut faire appel* » ; « *Grâce au grand répertoire, au grand réseau que mes collègues précédentes avaient mis en lumière, je peux simplement transmettre l'information directement comme ça, parler d'un service qui va pouvoir répondre au besoin* ».

Cependant, le problème des **procédures communales présidant à la sélection des partenariats** se pose pour transformer cet arbre en un répertoire informatisé accessible à tous. En effet, certains services recensés et jugés utiles pour les aînés pourraient ne pas apparaître au moment de l'informatisation du répertoire : « *Est-ce qu'on peut faire apparaître tous les acteurs ou est-ce qu'il va y avoir ce filtre communal ?* ».

Une fois que ce répertoire sera créé, il permettra de **centraliser sur un seul support l'ensemble de l'offre** et de pallier au manque de lisibilité actuel : « *Nous constatons aussi une multiplicité des sources d'informations, ce qui a tendance également à compliquer le travail des professionnels. Chaque répertoire a sa finalité, tous ne recensent pas la même offre... Les professionnels ont donc parfois tendance à orienter vers la structure qu'ils connaissent sans pousser la réflexion sur l'adéquation avec les envies et besoins de la personne demandeuse* ».

Intégration et dynamisation d'un réseau d'acteurs de la santé et de l'accompagnement social

Une des ambitions poursuivies par le projet Senior Solidarité était d'accentuer et de mettre en place de nouvelles collaborations entre les acteurs du secteur social et du secteur de la santé en termes de suivis et d'actions centrées sur des personnes âgées fragilisées.

Avis des répondants :

Les **acteurs du secteur des soins sont peu représentés par rapport à ceux du social** : « *On voit vraiment une prédominance des réseaux d'acteurs plutôt sociaux et [...] ça reste toujours compliqué de mobiliser dans des dispositifs comme ça des acteurs de 1^{ère} ligne de soins parce qu'ils manquent de temps pour pouvoir vraiment le faire. Il y a peut-être aussi une dimension culturelle de se dire que du temps de rencontre c'est du temps qu'on n'a pas avec des patients* ». Parallèlement à cette observation, on constate que les besoins de soins sont moins exprimés que les besoins sociaux, un répondant s'interroge sur la stratégie de détection des besoins : « *En fait l'analyse des besoins montre que c'est très rarement des besoins de santé qui sont exprimés. Alors après, c'est un peu toujours la quadrature du cercle, est-ce que c'est peu identifié parce qu'on a moins tendance à aller explorer ça ?* ». Il n'en demeure pas moins que la coordination des retours à domicile post-hospitalisations représente toujours un défi pour le zorgcoach et illustre bien la nécessité pour ces deux secteurs de davantage collaborer : « *Parfois ça se passe mal parce que l'hôpital fait les choses de son côté [...] mais parfois [lorsqu'il y'a par exemple un contact avec] une infirmière sociale pour une situation ça marche assez bien* ». Par ailleurs, le projet a rencontré des **difficultés à mobiliser** de nouveaux partenaires/acteurs en raison de son caractère « *pilote* » qui ne favorise pas l'investissement dans un projet « *dont on n'est pas sûrs que ça va perdurer* ».

Intégration et dynamisation d'un réseau d'acteurs informels et formels

Le projet Senior Solidarité **a fait le choix de ne pas mobiliser directement le réseau informel** mais de passer par le service de volontariat de Contact Plus lorsque le besoin était exprimé. En effet, le turnover des bénévoles, la nécessité de former et d'encadrer, ainsi que le difficile *matching* ont amené le projet à considérer **davantage les inconvénients que les bénéfices de l'implication de ce type d'acteurs informels** et, ce faisant, d'y renoncer. Un répondant, émet l'hypothèse que ce choix a été influencé par le fait que **Contact Plus possède déjà un réseau de volontariat actif et reconnu pour les aînés**. D'autre part, la promotion et le recours au service de volontariat de la Commune était une porte d'entrée aux possibilités de contacts sociaux et/ou d'activités de loisirs visant les aînés.

c) Interventions permettant de contribuer à la création d'un cadre environnemental favorable aux seniors

Le projet Senior Solidarité a développé très peu d'interventions destinées spécifiquement à l'amélioration du cadre environnemental des personnes âgées. On peut cependant citer leur

participation à « La semaine des aînés ». La semaine des aînés est un événement organisé par Contact Plus afin de : faire découvrir aux aînés un potentiel d'activités existantes ou en devenir ; favoriser leur rencontre avec d'autres publics ; leur permettre d'échanger sur leurs réalités ; et créer de la visibilité pour les partenaires. Depuis l'édition de 2019, Senior Solidarité est co-organisateur de cet événement et y propose une balade à destination des personnes à mobilité réduite (PMR). En 2019 la balade avait pour thème « l'accessibilité des commerces de l'Avenue des Casernes et de la Chaussée de Wavre » et en 2020 il s'agissait d'une balade à vélo afin de promouvoir l'activité physique tout en faisant découvrir la Commune (Senior Solidarité, 2020 ; Senior Solidarité 2021).

Avis des répondants :

Globalement les répondants identifient que Senior Solidarité a eu **du mal à s'approprier l'enjeu de créer un environnement favorable aux personnes âgées**, présent dans l'appel à projets. La seule action qui est identifiée par les répondants pour améliorer le cadre environnemental des aînés est la **balade PMR dans le cadre de la semaine des aînés**. C'est en effet **l'enjeu qui a été le moins travaillé** par le projet : « *Je pense qu'on a travaillé mais moins que sur les autres volets. On avait commencé à avoir une réflexion sur le label « Villes amies des aînés » puis ça n'a pas été poursuivi parce que ça n'a pas été relancé ni par le Copil ni par les autorités publiques* ».

Un répondant émet l'hypothèse que cette difficulté d'appropriation de l'enjeu est due à une sous-exploitation des potentialités du diagnostic réalisé par le projet à ses débuts : « *Pour moi c'étaient des éléments du diagnostic idéalement qui auraient pu permettre de clarifier cet aspect qui dans le cahier des charges était très, très large, et du coup peu tangible. Donc de nouveau, soit on le voit comme un potentiel du cahier des charges d'avoir laissé la marge de manœuvre très ouverte, soit on le voit comme un frein d'avoir eu quelque chose qui n'était pas suffisamment défini dans l'explicitation de ce lien entre le cadre de vie et la question de la prise en charge, du rapprochement des personnes âgées d'une meilleure prise en charge sociale santé. Et je crois que c'est cette articulation-là qui n'est pas explicite dans le cahier des charges et que les projets ont eu du mal à s'approprier* ».

d) Interventions permettant de mettre en place une gouvernance adaptée

Rôle du tandem chargé de projet-zorgcoach

Le chargé de projet est chargé de rencontrer les partenaires ainsi que les acteurs des secteurs de l'aide et du soin issus des réseaux formel et informel. Il élabore des pistes permettant aux

partenaires de se rencontrer et d'échanger autour de leur pratique et des difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de celle-ci. Le zorgcoach travaille en binôme étroit avec le chargé de projet. Ensemble, sur base de leurs observations et missions propres, ils constituent un binôme important dans la prise en charge et la coordination de situations complexes au sein d'un réseau d'acteurs divers et en lien avec ceux-ci (Contact Plus, 2017).

Avis des répondants :

Compte tenu des missions de proximité exercées par le projet et de la pluralité d'acteurs impliqués, les partenaires du projet estiment qu'avoir un **profil de terrain** est indispensable pour occuper ces fonctions : « *Une envie d'aller à la rencontre. Que ce soit tant vers les partenaires que le public* » ; « *Je pense que connaître son terrain c'est hyper important. D'aller à la rencontre à la fois de l'offre et du public. Je pense que ça a été une manière importante de faire du projet. Ne pas forcément attendre dans les bureaux mais aller à la rencontre auprès de la population* ». La rencontre d'acteurs de terrain a entre autres permis la « *mise à disposition [à l'équipe de coordination] d'informations précieuses et d'éléments moteurs pour le projet* ». Des **compétences collaboratives** importantes sont également nécessaires pour occuper ces fonctions compte tenu du nombre important d'acteurs en jeu : « *J'ai eu des expériences avec le chef de projet, également en dehors des réunions du comité de pilotage. De cette manière, des idées, des méthodologies et de nouvelles méthodes de travail ont pu être introduites et proposées, ce à quoi [il] a toujours été ouvert et [qu'il] a progressivement réussi à valider et à intégrer dans le fonctionnement de Senior Solidarité* » ; « *La collaboration se fait de manière naturelle et aisée étant donné leurs nombreuses qualités : Indépendance, Autonomie, Motivation, Enthousiasme* ».

Un des répondants identifie assez bien la nécessité d'avoir une formation tournée vers les **spécificités de l'accompagnement des seniors** : « *La spécialisation pour tout ce qui est de la spécificité de la population des personnes âgées c'était aussi très intéressant. L'importance de l'écoute pour cette population, de prendre le temps, un temps différent que je dirais en moyenne plus long que pour une population plus jeune. L'écoute active, la prise en compte globale de la personne sont des aspects qui ont été encore raffermis en spécialisation* ». Un autre répondant estime d'ailleurs que sa « *connaissance du public* » des personnes âgées a facilité sa contribution au projet.

Pour un répondant, la **formule en binôme** (coordinateur et référent/zorgcoach) permet une « *dynamique et un dialogue constructifs pour le projet* ». Pour un autre répondant l'importance d'avoir un binôme est d'avoir une meilleure répartition des tâches car ils ne peuvent pas « *être sur le terrain et dans les réunions en même temps* ». Ce répondant estime cependant que le

poste de zorgcoach « *n'est pas nécessairement utile dès le démarrage du projet* ». En effet, la **temporalité d'intervention des deux postes** est sensiblement différente au cours du projet. Des répondants estiment que le chargé du projet joue un rôle plus important dans les premières phases de la mise en œuvre du projet (réalisation du diagnostic, constitution du réseau, plan d'actions...) alors qu'après c'est le travail de terrain du zorgcoach qui nécessite surtout/plus de temps de travail : « *Au début ça demandait quand même certainement plus de temps de travail [au chargé de projet] pour ces premières étapes de connaissance du réseau. Mais quand [ils ont] pu finalement être plus en contact avec [leur] public, peut-être que le zorgcoach à temps plein avait finalement plus de sens* ».

Rôle et caractéristiques du porteur de projet

Le porteur principal du projet est le service des affaires sociales « Contact Plus » de la Commune d'Etterbeek. Ce service s'adresse spécifiquement aux personnes âgées, en situation de handicap et/ou à mobilité réduite.

Avis des répondants

Le porteur du projet a assuré la **coordination générale du projet**. Si cette coordination n'a pas toujours été fluide, en raison de problèmes internes au service, un changement de direction à la tête de Contact Plus a permis de faciliter la collaboration entre Contact Plus et Senior Solidarité. Il y a depuis une bonne articulation des missions respectives entre Contact Plus et Senior Solidarité vis-à-vis du public cible : Senior Solidarité fait le « *premier niveau d'analyse* », et puis relaye vers Contact Plus ou d'autres services spécifiques par la suite. Cela dit, les seniors bénéficiaires du projet que nous avons rencontrés n'effectuent **pas de distinction entre le projet pilote Senior Solidarité et le porteur communal**. En effet, ils identifient clairement le zorgcoach comme leur interlocuteur mais qui serait un travailleur de la Commune. Ceci s'expliquerait peut-être par le fait que tous aient été initialement mis en contact avec le zorgcoach via la Commune.

L'identité du porteur du projet a été un avantage à plusieurs niveaux :

- Auprès des différents publics, Senior Solidarité a pu s'y référer comme **gage de confiance et de légitimité** sur le terrain : « *En termes de légitimité ça a quand même facilité [les choses] auprès du public* » ; « *La Commune dispose d'une certaine aura* » ;
- Lors de la mise en œuvre de la **détection précoce** chez les personnes âgées isolées, Senior Solidarité a pu avoir **accès aux registres de la population de la Commune** : « *Le fait que la Commune et le CPAS soient parties intégrantes du projet, ça nous a facilité beaucoup de choses. [Pour la détection], on a eu des facilités avec l'accès aux listes* » ;

- Le projet a bénéficié d'un accès privilégié aux **ressources et services communaux**. Parmi les services cités par les répondants on retrouve le « graphiste » et « l'imprimeur » de la Commune pour la réalisation des numéros de la Senior GazEtt ou encore le « délégué protection des données » (DPO) pour tout ce qui concerne la gestion des données des bénéficiaires et le RGPD.

Cependant, sa qualité de service public a également pu être perçue comme un obstacle :

- A contrario d'être perçue comme un gage de confiance, la forte étiquette communale a pu être **contreproductive pour atteindre certains bénéficiaires** : « *Certaines personnes ne viendront pas à la Commune* ». Un répondant souligne à cet égard « *l'importance du réseau comme autant de portes d'entrée pour des publics qui ne passeront pas par la commune* » ;
- Le projet a souvent dû opérer au-delà de son seul **périmètre d'action** pour coller aux limites géographiques communales. En effet, bien que les quartiers cibles du projet étaient les quartiers La Chasse et Jourdan, des seniors de toute la commune ont par exemple pu bénéficier de l'accompagnement du zorgcoach. Cela allait quelque peu à l'encontre de l'approche quartier ;
- Les **procédures communales** ont souvent été vécues comme un obstacle au processus d'innovation sociale : « *Les calendriers des procédures sont rallongés, chaque dossier doit être rentré individuellement* » ; « *Y avait toujours en fait la tension administration-institution versus associatif dans la manière de penser les choses, dans le temps que prennent les choses, les procédures etc.* » ; « *La combinaison d'initiatives publiques et privées dans le projet est en même temps une faiblesse, car les approbations nécessaires de la part des politiques municipales rendent les résultats moins harmonieux* » ;
- Enfin, l'établissement de certains **partenariats** pour l'aide et le soin a été notamment freiné par les procédures et proximités communales. L'un des répondants souligne ainsi que le pouvoir communal exerce un rôle de filtre sur les services qu'il convient de mettre en lumière en fonction des liens de ces services avec telle ou telle communauté ou telle ou telle obédience politique : « *Étant donné les procédures communales, toute collaboration officielle doit être approuvée par le Collège des bourgmestre et échevins. Cependant, le zorgcoach travaille de manière informelle avec d'autres acteurs et cela est très utile pour le bon accompagnement des personnes âgées* ».

Le projet a fait l'objet à certains moments de **blocages liés à des considérations politiques** : « *Il y a une politisation du projet, avec la nécessité de visibiliser sur chaque action l'implication de la commune dans le projet. Si la population est composée d'électeurs et donc compte, ce n'est pas nécessairement le cas des professionnels* » ; « *La fragilité est due aux concertations*

nécessaires entre plusieurs échevinats (santé, sport, cohésion sociale, personnes âgées), depuis que c'est hors du portefeuille du bourgmestre ».

Modalités de prise de décision et comité de pilotage

Le comité de pilotage est un groupe restreint composé des partenaires engagés. Il définit les visions et missions du projet, il est investi dans toutes les phases de celui-ci. Il se réunit de manière régulière (environ une fois par mois) de sorte que l'encadrement, l'évolution et les ajustements du projet puissent se faire de manière concertée, conjointe, participative et transversale. Il accompagne le chargé de projet et le zorgcoach à titre de comité d'accompagnement.

Avis des répondants :

La composition du comité de pilotage est évoquée par un répondant comme une « *piste de travail* » pour soutenir le développement du projet. Cependant, selon un autre répondant, le comité de pilotage semblait peu soutenant au démarrage du projet : « *Peu réactif malgré de multiples relances nécessaires du binôme; dubitatif quant à la valeur ajoutée du projet et à sa viabilité dans le temps ; [ainsi qu']aux attentes [qui seraient] créées et non rencontrées ; [et enfin], peu cadrant : difficultés de savoir jusqu'où aller* ».

Le pouvoir décisionnel du comité de pilotage est remis en question par certains répondants qui le perçoivent davantage comme un **organe consultatif que comme un organe décisionnel**. En effet, la Commune semble être le véritable acteur décisionnel : « *Le comité de pilotage a souvent été mis devant le fait accompli : les décisions étaient parfois déjà prises par la municipalité avant d'être discutées au comité de pilotage* ». Il arrive également que le Copil prenne une décision et que la Commune demande des aménagements, obligeant à un aller-retour entre les deux entités. « *Au cours du projet, des préoccupations ont également été exprimées concernant la gestion du projet, la question de la durabilité, le rôle des membres du comité de pilotage, l'impact de la municipalité sur le projet, etc. Ces préoccupations ont été discutées ouvertement et le comité a pu se mettre d'accord sur un certain nombre de points [...] mais le pouvoir d'action s'est avéré trop limité pour provoquer un changement de cap* » ; « *Nous essayons de communiquer régulièrement sur les projets avec le comité de pilotage, mais ce n'est pas toujours évident car en tant que commune, nous avons des procédures bien spécifiques. Cependant, nous organisons dès que possible des réunions et nous faisons part de nos décisions* ».

Gestion de l'intégration de différents types d'organisations (asbl, pouvoirs locaux, etc.) dans le projet

L'un des principaux enjeux du projet Senior Solidarité était de trouver des manières efficaces de coordonner les actions menées par les partenaires engagés mais aussi les autres acteurs autour d'un même public cible. Telle était l'une des principales missions du chargé de projet : coordonner cette collaboration.

Avis des répondants :

Les répondants ont identifié des facteurs favorisant la collaboration entre les partenaires :

- Tout d'abord, il faut que les partenaires aient ou développent un intérêt marqué pour les **approches de proximité** : « *Je pense qu'ils ont aussi compris l'importance de faire ce travail de détection et d'aller au plus près des gens tout en promouvant Senior Solidarité* ». Un des répondants estime d'ailleurs que c'est « *La conviction de l'importance et de la nécessité d'une approche plus proche des personnes âgées [et] la connaissance du contexte local* » qui ont facilité sa contribution au projet ;
- Ensuite, la **participation effective** de certains partenaires aux actions du projet a également permis de renforcer la collaboration : « *Et là où ça a semé et où ça a été hyper riche c'est dans le cadre de la détection où là y a eu un intérêt de l'ensemble des partenaires et une implication même dans le terrain concret des acteurs.* ». En effet, certains partenaires ont détaché du personnel sur le projet notamment pour la détection précoce ;
- Enfin, l'**enrichissement mutuel** que ce travail de collaboration engendre pour les différents secteurs et acteurs est mentionné comme étant un atout : « *La combinaison des initiatives publiques et privées dans le projet est une force, car les deux peuvent apprendre beaucoup l'un de l'autre* ».

D'autres facteurs ont au contraire été identifiés comme des obstacles à la collaboration :

- Certains répondants évoquent une forte **appropriation du projet par la Commune** qui a parfois été vécue comme un obstacle à l'approche collaborative souhaitée : « *La solidarité senior est progressivement devenue de plus en plus un projet de la municipalité, une extension du service Contact-Plus [...] plutôt qu'un projet soutenu conjointement par plusieurs partenaires* » ; « *L'ambition aurait pu être de laisser Contact-Plus évoluer en tant que coordinateur et pivot dans un partenariat plus large, plutôt qu'un service opérationnel parfois en concurrence avec d'autres...* » ; « *C'est l'ambiguïté d'un projet qui est censé être un projet de quartier mais qui est finalement un projet que la Commune ramène souvent à*

elle et où peut-être, les acteurs de terrain sentent ça [comme] une collaboration, une contribution peut-être ambiguë dans le projet » ;

- Un **relais insuffisant** au sein des institutions partenaires ainsi que le **turnover** au sein de ces institutions sont également mentionnés comme des freins à la collaboration : « *La plupart des acteurs étaient là en tant que professionnels mais pas forcément en tant que représentants de leur institution* » ; « *Le turnover, il existe aussi dans toutes les institutions, ça veut dire aussi que ça reste des personnes bien spécifiques à un moment donné* » ;
- Une certaine **concurrence entre les partenaires** a pu être ressentie. L'un des répondants souligne ainsi une concurrence entre les « *gros acteurs* » et les « *petits acteurs* » peu visibles du grand public qui a constitué une difficulté dans la mise en réseau au démarrage du projet. Le poste de zorgcoach lui-même a pu constituer un élément de concurrence entre le projet et la Maison de quartier Chambéry, à l'origine de l'idée de cette fonction. Ces tensions ont cependant d'après certains répondants – qui attribuent ces tensions aux niveaux décisionnels et non opérationnels – pu être résolues en cours de projet et les zorgcoachs ont davantage collaborer ;
- Enfin, le nombre important de **concertations** (cohésion sociale, petite enfance, logement...) mobilisant déjà les acteurs de terrain est également mentionnée comme ayant freiné la motivation à participer au projet et ayant accru les doutes des acteurs quant à la durabilité du projet : Il y a « *une certaine frilosité à s'engager totalement* ».

3) Données quantitatives relatives aux accompagnements de personnes âgées réalisées par le projet Senior Solidarité

Depuis 2019, Senior Solidarité assure une rencontre et un accompagnement des personnes âgées des quartiers Chasse et Jourdan. Son but est de réaliser avec ces personnes une analyse globale de leurs besoins sociaux et de santé et de leur apporter des solutions adaptées. Ce travail mené par le zorgcoach concrétise les **points de contact 'personnes âgées'** du projet.

Dès 2019, un encodage des données relatives à ces accompagnements⁶ a été entamé (voir la section méthodologie du rapport pour plus de détails). Cet encodage s'est maintenu sur la suite de la période pilote. Voici les principaux résultats couvrant la période de démarrage de l'encodage jusqu'à la fin de l'année 2021.

⁶ Par **accompagnement**, il faut entendre toute démarche ayant enclenché une analyse des besoins et devant en principe amener à un set de réponses adaptées. Dans le tableau 8, on examinera à ce propos le pourcentage effectif d'accompagnements pour lesquels une réponse a été fournie.

Deux points d'attention préliminaires relatifs à la structuration de ces résultats s'avèrent utiles à leur lecture. D'une part, **les effectifs rapportés dans les tableaux concernent des accompagnements et non des personnes distinctes**. Autrement dit, une même personne peut avoir recouru à plus d'une reprise au projet (cas de figure rencontré à mesure croissante dans le temps par le projet) et elle sera en ce sens comptabilisée dans le tableau à équivalence du nombre d'accompagnements distincts réalisés. D'autre part, **la présentation des données est ventilée en deux périodes qui font sens en termes de cycle de projet, à savoir la période de mise en place des points de contact du projet (couvrant 2019 et 2020) et la période de stabilisation de ces points de contact (année 2021)**. Au total **146 accompagnements** ont été menés sur la période analysée, dont 66 pour la période de mise en place (à raison de 36 en 2019 et 23 en 2020) et 87 pour la période de stabilisation.

a) Caractéristiques sociodémographiques

Le Tableau 7 présente les **principales caractéristiques des accompagnements**⁷. Si à quelques très rares exceptions, les accompagnements ont concerné des personnes âgées de moins de 65 ans (la plus jeune étant âgée de 51 ans), on observe une **moyenne d'âge globale de 79,5 ans** – correspondant clairement au public cible des seniors, avec respectivement pour les deux périodes des moyennes de 79 ans et 79,5 ans.

Près de deux tiers des accompagnements ont concerné des personnes issues des quartiers Chasse ou Jourdan (64%). Vingt-trois autres pourcents ont concernés des accompagnements de personnes vivants dans des **quartiers etterbeekoïens attenants** à ceux du projet et 11% d'autres quartiers etterbeekoïens non attenants aux quartiers ciblés. Seuls 3% d'accompagnements auront concernés des personnes vivant en dehors de la commune (mais encore au sein d'une commune attenante à Etterbeek). Les accompagnements ont **très largement concerné des femmes** (79% des accompagnements, pour respectivement 80% et 79% sur les deux périodes), **des personnes vivant seules** (80% des accompagnements, pour respectivement 78% et 82% sur les deux périodes), pour moitié **sans aidant-e proche** (50% des accompagnements, pour respectivement 62% et 44% sur les deux périodes) et **ayant une maîtrise du français suffisante pour recourir aux services sans nécessité d'interprète** (99% des accompagnements, pour respectivement 100% et 98% sur les deux périodes). **Sous l'angle**

⁷ Note de lecture du tableau : N.C. = donnée non collecté par le projet ; N.P. = données non présentées au vu du très faible taux d'encodage de la variable. Entre parenthèses figure le pourcentage de données manquantes pour la variable en question.

du risque d'isolement social, on dénombre 48% d'accompagnements ayant concerné des personnes combinant le fait de vivre seule et de ne pas avoir d'aidant proche.

Sur un plan socioéconomique, les données sont uniquement exploitables pour l'année 2021⁸. On observe que **les accompagnements s'adressent en majorité à des personnes à la pension** (87% des accompagnements), constat complété par 6% de situations où les personnes dépendent d'aides sociales, 3% d'aides en lien avec un statut de maladie ou d'invalidité et encore 2% de situations où les personnes sont sans revenus propres (aidées par la famille ou dépendantes de la pension du/de la conjoint-e). **Une bonne moitié des accompagnements (57%) auront concernés des personnes dont le revenu est situé entre 1.000 et 1.500 euros par mois**, 30% dans la catégorie des 1.500 à 2.000 euros, 7% des accompagnements dans celle de plus de 2.500 euros mensuels ; et 3% dans la catégorie inférieure à 1.000 euros (sachant qu'en 2021, le seuil de pauvreté pour une personne isolée correspondait à 1.287 euros par mois (Statbel, 2022)).

Enfin, deux variables nous permettent de nous figurer le premier cercle de professionnels social-santé des personnes, via le fait de disposer d'un-e médecin généraliste attitré (ou d'être inscrit en maison médicale) et d'un-e autre professionnel-le référent-e en matière social-santé. Pas moins de **97% des accompagnements ont concerné des personnes disposant d'un-e médecin généraliste** (pour respectivement 100% et 95% sur les deux périodes). Ces données s'avèrent très favorables si l'on considère qu'en 2019, le pourcentage moyen d'observance de la patientèle à la pratique de médecine générale à Etterbeek était de 79% pour les 65-74 ans et de 84% pour les 75 ans et plus, d'après des données extraites de l'ATLAS de l'Agence InterMutualiste (<http://www.aim-ima.be/Atlas-AIM>). **Par ailleurs, une part non négligeable de personnes disposaient d'un relais tiers social-santé** (39% des accompagnements, pour respectivement 62% et 24% sur les deux périodes).

Tableau 7: Caractéristiques des accompagnements

	<u>Mise en place (2019-20)</u>	<u>Stabilisation (2021)</u>	<u>Total (2019-21)</u>
	N=59	N=87	N=146
AGE	57 (3,4)	87 (0)	144 (1%)
Minimum – Maximum	51 à 99 ans	51 à 101 ans	51 à 101 ans
Moyenne	79 ans	79,5 ans	79,5 ans

⁸ Ceci s'explique d'une part par le faible encodage de la variable 'source de revenus' en période 1 et d'autre part par le démarrage de l'encodage de la variable 'niveau de revenus' en période 2 seulement Ceci illustre la difficulté communément rapportée de collecter ce type d'informations auprès des publics.

SEXE		59 (0)	87 (0)	146 (0)
Femmes		80%	79%	79%
Hommes		20%	21%	21%
PERSONNE VIVANT SEULE		49 (17%)	87 (0)	136 (7%)
Oui		78%	82%	80%
Non		22%	18%	20%
PERSONNE ALLOPHONE		57 (3%)	87 (0)	144 (1%)
Oui		0%	2%	1%
Non		100%	98%	99%
QUARTIER D'HABITATION		59 (0)	87 (0)	146 (0)
Du projet		61%	66%	64%
Attenant au quartier du projet		31%	17%	23%
De la commune (non attenant)		8%	13%	11%
D'une commune attenante		0%	5%	3%
SOURCE DE REVENUS		8 (86%)	87 (0)	
Pension	n.p.		87%	n.p.
Allocations handicap/mutuelle			3%	
Allocations sociales			6%	
indépendant			1%	
Sans revenus propres			2%	
NIVEAU DE REVENUS			87 (0)	
<1.000€	n.c.		3%	n.p.
1.000 - 1.500 €			57%	
1.501 - 2.000 €			30%	
2.001 - 2.500 €			2%	
>2.500 €			7%	
AIDANT PROCHE IDENTIFIÉ		50 (15%)	87 (0)	137 (6%)
Oui		62%	44%	50%
Non		38%	56%	50%
GÉNÉRALISTE / MAISON MEDICALE		40 (32%)	87 (0)	127 (13%)
Oui		100%	95%	97%
Non		0%	5%	3%
PROFESSIONNEL RELAIS IDENTIFIÉ		58 (2%)	87 (0)	145 (1%)
Oui		62%	24%	39%
Non		38%	76%	61%

b) Contexte du contact préliminaire à l'accompagnement

Le Tableau 8 nous permet, quant à lui, d'appréhender le **cadre dans lequel s'est faite la rencontre** avec le projet qui a débouché sur l'accompagnement de la personne. Pour cela, nous

disposons de deux variables distinctes. La première spécifie qui a été à l'initiation de ce contact et la seconde le lieu (ou contexte) dans lequel s'est opéré ce contact.

Tableau 8 : Caractéristiques de la rencontre avec le projet

	<u>Mise en place (2019-20)</u>	<u>Stabilisation</u> <u>(2021)</u>	<u>Total (2019-21)</u>
	N=59	N=87	N=146
INITIATEUR DU CONTACT	59 (0)	87 (0)	146 (0)
Personne âgée	12%	54%	37%
Aidant proche	8%	6%	7%
Intervenant dans le projet	47%	24%	34%
Autres	32%	16%	23%
LIEU DU CONTACT	59 (0)	87 (0)	146 (0)
Point de contact du projet/Téléphone	31%	59%	47%
Domicile de la personne	59%	29%	41%
Mail	3%	11%	8%
Autre	7%	1%	3%

Sur l'initiation du contact, il faut noter le **grand différentiel** observé entre les deux périodes puisqu'en **période 1, 79% des accompagnements des personnes âgées ont été à l'initiative d'un acteur tiers**, pourcentage qui se partage entre : 47% des partenaires du projet et 32% d'autres acteurs (descriptif non collecté). **En période 2, 54% des accompagnements ont été à l'initiative des personnes âgées elles-mêmes**. Au départ des données disponibles, il est impossible d'expliquer avec certitude cette évolution **qui est toutefois observée dans les trois projets**. Nous ne pouvons donc qu'avancer plusieurs hypothèses, additionnelles ou concurrentielles. Ceci pourrait ainsi s'expliquer de façon positive par la connaissance plus établie de Senior Solidarité chez les personnes âgées du quartier et/ou par une stratégie des acteurs tiers de référencement plus immédiat des personnes âgées directement vers Senior Solidarité (ces deux hypothèses soutenant la stratégie d'autonomisation des personnes) ; ou à contrario, dans une logique explicative défavorable, par un moindre référencement opéré par les acteurs de personnes âgées vers le projet.

Concernant le lieu de contact, on note également un différentiel dans les résultats entre les deux périodes. Ainsi, **en période de mise en place du travail d'accompagnement**, ce sont le **domicile de la personne (59% des accompagnements) puis le téléphone/point de contact (31% des accompagnements)** qui **prédominent** comme canaux, alors qu'en **période de stabilisation** c'est l'inversion de cet ordre qui s'observe avec **le téléphone/point de contact**

(59%) et le domicile de la personne (29%) par ordre d'importance. Ceci traduit essentiellement le différentiel de modalités de contacts préférentiellement opérées par les professionnels et par les personnes âgées (données non présentées), à savoir : pour les premiers, le domicile dans 72% des cas et le téléphone/point de contact dans 24%, et pour les secondes le téléphone/point de contact dans 71% des cas et le domicile dans 9% des cas.

c) Types de besoins identifiés dans le cadre des accompagnements réalisés

Le Tableau 9 présente de façon synthétique les **grandes catégories de besoins** ayant été identifiées pour chaque accompagnement réalisé auprès des personnes âgées. Il faut d'entrée souligner que chaque accompagnement concerne généralement simultanément plusieurs types de besoins, eux-mêmes concernant souvent plusieurs sous-types à la fois. En ce sens, **l'accompagnement concerne typiquement tout à la fois une variété et une quantité importantes de besoins. Qui plus est, les besoins identifiés relèvent de besoins de base : recours aux droits et aides sociaux, logement, activités de la vie quotidienne, santé, mobilité, relations sociales.**

Tableau 9: Analyse des besoins

	<u>Mise en place (2019-20)</u>	<u>Stabilisation (2021)</u>	<u>Total (2019-21)</u>
	N=59	N=87	N=146
TYPES DE BESOINS IDENTIFIÉS			
Activité de la Vie quotidienne	47%	44%	45%
Mobilité	19%	26%	23%
Aide pour le logement	17%	23%	21%
Soins	19%	21%	20%
Accompagnement social	17%	22%	20%
Activités récréatives et socialisation	15%	10%	12%

Le type de besoins le plus fréquemment rencontré concerne les **activités de la vie quotidienne**, comprenant les demandes d'aide familiale ou ménagère (incluant les titres services), la garde à domicile ou la toilette corporelle. Il se rapporte à **45% des accompagnements** réalisés. On retrouve ensuite **l'enjeu de mobilité** (chèque taxi, transports de loisir, médicaux ou alimentaires) qui est identifié **dans 23% des accompagnements**. Cette **prépondérance** des enjeux de mobilité **est tout à fait caractéristique au projet**, puisque la mobilité constitue à contrario le besoin le moins présent dans les accompagnements réalisés par CitiSen (4%) et Zoom Seniors (7%). Ceci pourrait notamment s'expliquer par la moyenne d'âge la plus élevée des trois projets dans les accompagnements réalisés. En troisième lieu, figure tout ce qui a trait aux **aides concernant le logement et la situation en logement** (qualité du logement et adaptation aux besoins de la personne), **avec 21% des accompagnements concernés**. Ceci inclut les adaptations du logement, la réalisation de petits travaux, la recherche d'un autre logement (en ce compris de MRPA et MRS), l'aide au déménagement ou la récupération de ses affaires, ainsi que l'accompagnement social spécifiquement lié au logement. **La question des soins** proprement dits (médecine générale, coordination de soins, soins paramédicaux, santé mentale, autres soins spécialisés, matériel technique) arrive en quatrième position (comme dans les deux autres projets) et **concerne 20% des accompagnements**. Viennent alors 'seulement' se classer les demandes d'**accompagnement social**, à raison de **20% des cas**, alors que dans les deux autres projets cet enjeu figure en première position. Ce type de besoins recouvre les questions administratives, liées aux pensions ou demandes de reconnaissance de handicap, à l'accès aux droits sociaux, aux avantages sociaux, à l'accès bancaire, au recours à la justice. On pourrait postuler comme facteurs explicatifs, une demande moindre en comparaison de CitiSen et Zoom Seniors, du fait d'un probable meilleur niveau de littératie (en regard des caractéristiques socio-économiques plus favorables) des personnes âgées, mais d'un niveau de demandes néanmoins non négligeable du fait des problématiques de fracture numérique. En dernier lieu, on comptabilise **12% d'accompagnements** où des questions relatives **aux activités récréatives ou de socialisation** se posent (formations, activités sportive ou culturelles, lieux de rencontres seniors ou de quartier, investissement dans le bénévolat). On note sur ce type de besoins la certaine diminution observée entre la première et la deuxième période, mais pour laquelle nous n'avons pas nécessairement d'explication tranchée.

d) Réponses et actions entreprises par le projet dans le cadre des accompagnements réalisés

Le Tableau 10 décrit les **réponses et actions entreprises par le projet** dans le cadre des accompagnements des personnes réalisés au cours de la période 2019-2021. Pour rappel, un

accompagnement est comptabilisé à partir du moment où une analyse des besoins a été réalisée. On note tout d'abord un **taux de réponse fournie dans 93% des accompagnements effectués**. S'il y a donc bien une recherche de réponses largement opérée, ceci n'équivaut pas encore à l'assurance d'une réponse effective aux besoins, notamment puisque la logique du modèle testé dans le cadre de ce pilote repose sur le travail en réseau et le relais vers les acteurs ou services compétents, en vue de répondre à la variété de ces besoins identifiés chez les personnes âgées du quartier. On perçoit justement la multimodalité nécessaire pour répondre à ces divers besoins, au travers de deux indicateurs présentés dans la suite du Tableau 10. Ainsi, **chaque accompagnement aura en moyenne nécessité 2,9 démarches ou actions de la part du projet, allant de 0 à 11 démarches selon la situation spécifique de la personne**.

Mais quelles sont exactement ces démarches ou actions entreprises ? Elles sont regroupées en 9 catégories présentées dans le Tableau 10 (pour une description de chacune de ces 9 catégories, voir l'Annexe 7).

On retrouve tout d'abord **deux tiers d'accompagnement (67%) ayant débouché sur la mise en relation des personnes et des services (relais)**. Pour l'essentiel, la logique opérée ici par Senior Solidarité est celle qui consiste à assurer une "*information conjointe à la personne et au service/institution ciblée*" (voir l'Annexe 7, catégorie Relais, 3^{ème} ligne), où donc les deux parties sont informées respectivement de la demande (service) et de l'offre (personne). On notera une évolution à la hausse de ce type de démarche entre les deux périodes, à raison de 60% en période de mise en place et de 71% en période de stabilisation, qui pourrait indiquer l'amélioration de la connaissance du réseau d'acteurs socio-sanitaires par le projet.

En deuxième position (très serrée avec la première), on retrouve **l'information (communication d'informations globales sur l'existence de services ou lieux d'intérêt pour la personne)** qui va être **prodiguée dans 66% des accompagnements**.

En troisième position, viennent de façon assez surprenante et spécifique au projet les **visites à domicile, à raison de 54% des accompagnements**. Ce pourcentage élevé se marque surtout du fait du passage de 23% en première période à 70% en deuxième période. Les visites à domicile peuvent être *initiées par un service/intervenant ou à la demande de la personne (entourage)*. Si en première période, elles sont toutes initiées par des professionnels, en deuxième période elles le sont majoritairement (59%) du fait des personnes âgées ou de leur entourage. On pourra s'interroger sur le possible lien entre ce pourcentage élevé de demandes de rencontre en présentiel et l'absence d'offre de permanences physiques dans le projet - à contrario des deux autres projets.

Ensuite, **dans un accompagnement sur deux, se pose la nécessité d'une aide administrative (51%)**. Une explication très nette de cette situation découlerait de la **tendance lourde depuis la crise sanitaire à la mise en veille, ou à la conditionnalisation d'accès (prise de rendez-vous obligatoire), voire la fermeture définitive, du *frontdesk* de nombreux services publics (administrations, services sociaux,...) et privés remplissant des missions de service public (ex : fourniture énergétique, banques,...), auquel s'ajoute le passage accru à la digitalisation des services - accroissant quant à lui la fracture numérique**. Senior Solidarité, via le poste de zorgcoach, assurerait à contrario un accès bas seuil aux services. Ce type de demande (aide administrative), déjà très présent en 2019-2020 (45%), a encore cru au cours de l'année 2021 pour atteindre les 54%.

Deux autres types de démarches ont connu une **forte croissance entre les deux périodes (mise en place et stabilisation)**. Il s'agit de la **prise de rendez-vous (par mail ou téléphone pour concrétiser un rendez-vous médical, social ou avec tout autre service d'utilité)** pour la personne âgée et du **suivi des personnes accompagnées** – incluant principalement *un suivi du dossier d'accompagnement jusqu'à l'aboutissement de solutions ou la réalisation de contacts téléphoniques ou par mail pour vérifier que les relais ont été fait*; et plus marginalement *une visite spécifique à domicile pour vérifier que les relais ont été fait ou encore une visite à l'hôpital, en MRPA... dans des situations de crise ou de changement important pour la personne âgée concernée*). **Dans le cas des prises de rendez-vous, on est passé de 9% en première période à 23% en deuxième période, pour un total de 18% d'accompagnements** concernés sur l'ensemble des deux périodes. **Dans le cas des suivis spécifiques** (essentiellement réalisés par téléphone), **opérés dans 39% des accompagnements, on est passé de 23% à 47% entre les deux périodes**. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette très forte croissance du pourcentage de suivi et de prise de rendez-vous entre les deux périodes. Elle peut être le fait des personnes accompagnées (besoins et/ou ressources traduisant une situation plus défavorable en termes de niveau d'autonomie de la personne) ; du projet Senior Solidarité lui-même (évolution des pratiques); ou du contexte socio-sanitaire (caractérisé par une saturation des services tiers).

Demeurent l'**accompagnement psychosocial** des personnes (**22% des accompagnements**) – celui-ci couvre des *situations de personnes isolées, ayant besoin d'être écoutées plus que de recevoir une information ou des services spécifiques* – et l'**accompagnement physique de la personne** à un rendez-vous socio-sanitaire (5% des accompagnements) ayant connu une stabilité de recours entre les deux périodes. Le pourcentage assez élevé d'accompagnements

ayant impliqué un temps d'écoute très spécifique a pu très probablement se concrétiser du fait de l'existence du poste de zorgcoach dans le projet.

Tableau 10 : Réponse fournie et actions entreprises

	<u>Mise en place (2019-20)</u>	<u>Stabilisation (2021)</u>	<u>Total (2019-21)</u>
	N=55 (4%)	N=87 (0)	N=142 (3%)
REPONSE FOURNIE	85%	100%	93%
NOMBRE DE DEMARCHES & ACTIONS ENTREPRISES			
Moyenne	2,0	3,7	2,9
Minimum – Maximum	0-11	2-8	0-11
TYPES DE DEMARCHES & ACTIONS ENTREPRISES			
Relais	60%	71%	67%
Information (flyer, ...)	64%	67%	66%
Visite à domicile	23%	70%	54%
Aide administrative	45%	54%	51%
Suivi spécifique (mail, tel)	23%	47%	39%
Accompagnement psychosocial	23%	22%	22%
Prise de rendez-vous	9%	23%	18%
Accompagnement physique de la personne	6%	5%	5%
SERVICES SOLLICITES ou REFERES			
Activités de la vie quotidienne	64%	76%	72%
Acteurs & services de santé	28%	29%	28%
Socio-culturel	32%	17%	22%
Senior Solidarité	23%	10%	15%
Aides & assistance sociales (droits de base)	11%	9%	10%
Aide informelle	0%	6%	4%

Enfin, la dernière section du tableau présente **les services sollicités ou référés à la personne dans le cadre de cette réponse fournie.**

Dans **72% des accompagnements, des services soutenant les activités de la vie quotidienne** auront été sollicités. Ils couvrent les services d'aide à domicile, d'accompagnement en logement, d'adaptations du logement, ou de relogement, les services de transport, les services seniors, les administrations publiques. Viennent ensuite **les acteurs du soin (28% des accompagnements)** qui couvrent la première ligne, les services de soins à domicile, les services spécialisés et hospitaliers, les mutuelles et les pharmaciens. En troisième lieu, se situent les **acteurs du**

secteur socioculturel (22%) qui sont donc assez fort présents. **Les acteurs de l'aide et assistance sociales apparaissent**, quant à eux, **à hauteur de 10% des accompagnements**, en concordance avec un pourcentage moindre de ce type de besoin identifié dans les accompagnements réalisés. Ils couvrent les CPAS et autres services sociaux, les services d'aide juridique, administrative ou alimentaire, la police et les fournisseurs d'énergie, assurance, et les banques. L'aide informelle qui couvre le recours à des acteurs et/ou services (de) bénévoles, ne concerne que 4% des accompagnements ; elle connaît toutefois une apparition au cours de la seconde période avec 6% des accompagnements concernés, alors qu'elle n'avait pas été mobilisée en première période. Enfin, on notera la **réduction significative de réponses directement assurée par Senior Solidarité au cours de l'année 2021 (10%), par rapport à la première période de mise en place du projet (23%)**. A ce propos-ci, on renverra le lecteur à l'hypothèse formulée dans le précédent paragraphe relative à l'amélioration de la connaissance du réseau d'acteurs socio-sanitaires par le projet, qui aura pu engendrer une moindre nécessité de "faire soi-même".

C. Projet pilote « Zoom Seniors »

1) Carte d'identité du projet

a) Présentation générale du projet

Le projet Zoom Seniors, anciennement dénommé « Réseau de Quartier Aide et Soins » (QAS), a été introduit par une vingtaine d'acteurs parmi lesquels les CPAS de Bruxelles et de Saint-Gilles, l'asbl Gammes, le CHU Saint-Pierre, des Maisons de quartier ou encore le Kenniscentrum WWZ. Le projet QAS a été initié avant la réponse à l'appel à projets de la COCOM dès février 2017. En effet, dès ce moment un certain nombre d'acteurs du social et de la santé concernés par la thématique du maintien à domicile des personnes âgées sur les territoires de Bruxelles et de Saint-Gilles ont commencé à se réunir autour de cette question pour favoriser la rencontre et l'interconnaissance. Fin juin 2017, un premier consortium de partenaires (qui deviendra le COPIL du projet) rassemblant les acteurs clés de l'aide et soin sur le territoire cible a été constitué (Gammes, 2017). Au sein de ce consortium d'acteurs, l'asbl Gammes est considérée comme le porteur principal du projet. Gammes est une association proposant un service de garde à domicile pour les personnes âgées et plus généralement pour toute personne en perte d'autonomie.

Le projet a débuté administrativement en septembre 2018 avec l'engagement d'une équipe de coordination constituée d'une Coordinatrice du projet et d'une « Référente seniors », qui deviendra plus tard « Facilitatrice seniors », toutes les deux à temps plein.

b) Limites géographiques du projet

Le projet Zoom Seniors intervient sur un bassin de vie recouvrant l'entièreté de la commune de Saint-Gilles et le périmètre du Pentagone de Bruxelles-Ville. Ce bassin de vie a été choisi d'une part sur la base du périmètre d'action des acteurs engagés dans le projet, tel que le CHU de Saint-Pierre qui reçoit des patients provenant des deux communes, et d'autre part par rapport aux caractéristiques homogènes de la population. Au sein de ce bassin de vie, un « quartier prioritaire » constitué de cinq quartiers répartis sur les deux communes a initialement été identifié : les quartiers Porte de Hal et Bosnie dans la commune de Saint-Gilles, et les Marolles, Stalingrad et Anneessens dans la commune de la Ville de Bruxelles (Gammes, 2017). Ce « quartier prioritaire » a par la suite été redéfini par Zoom Seniors en 3 zones pour des raisons qui seront évoquées ultérieurement dans la présente monographie : la Zone Anneessens (Figure

3 : Tracé orange), la Zone Marolles (Figure 3 : Tracé vert), et la Zone Bas de Saint-Gilles (Figure 3 : Tracé bleu).

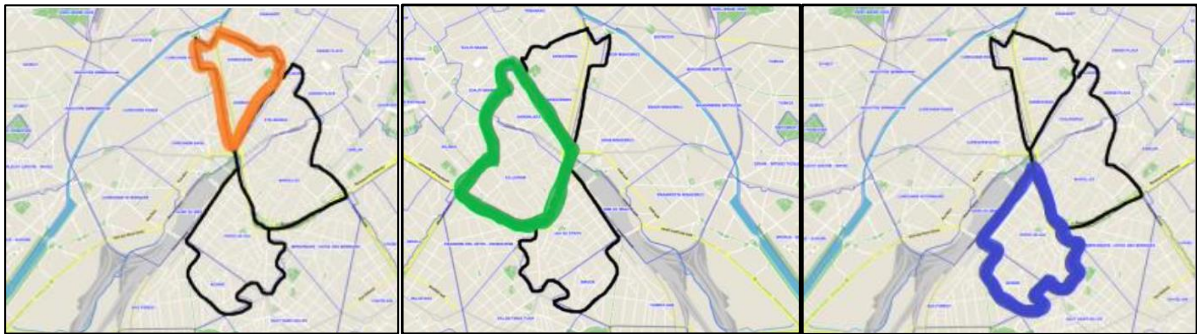


Figure 3- Délimitation des 3 zones du projet issue du Rapport d'activités 2020 de Zoom Seniors

c) Caractéristiques démographiques et socio-économiques des quartiers cibles

Au lancement du projet en 2018, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient près de 10% de la population des cinq quartiers cibles («quartier prioritaire»). Il était également observé une très forte densité moyenne de population dans ces quartiers qui était 30% plus élevée que la densité moyenne régionale ce qui était considéré comme un facteur pouvant impacter négativement la qualité de vie (Réseau Quartier Aide et Soins, 2019).

Les populations des quartiers cibles présentent des caractéristiques assez similaires en termes de multiculturalité et de précarité économique notamment. Au niveau de la Ville de Bruxelles, les ressortissants étrangers représentent plus d'un tiers de la population totale communale avec une surreprésentation de ressortissants d'Afrique du nord et sub-saharienne en situation de précarité (IBSA, 2016). Au niveau de la commune de Saint-Gilles, bien que le brassage socio-économique soit plus important et que la proportion de personnes âgées de 65 et plus soit relativement faible, celles-ci sont très souvent en situation de précarité financière. Cette situation représente un défi majeur pour la commune dans ses missions d'accompagnement dans le vieillissement (IBSA, 2016).

2) Analyse des interventions, mécanismes, acteurs ayant contribué aux objectifs du projet

a) Interventions servant à entrer en contact et à détecter les seniors en situation de fragilité

Le projet Zoom Seniors a misé sur différents dispositifs pour entrer en relation avec les seniors fragilisés. Nous reprenons ci-dessous les dispositifs les plus importants ainsi que les atouts et

les difficultés tels qu'ils ont été identifiés par les coordinateurs, partenaires et bénéficiaires des projets lors des phases de consultation.

Les permanences

Des permanences sont assurées par la facilitatrice du projet Zoom Seniors **sur une base hebdomadaire dans trois quartiers des communes de Saint-Gilles et de Bruxelles**. Celles-ci s'adressent au public senior, aidants-proches ou professionnels ayant des questions relatives aux seniors. Lors et en dehors de ces permanences, la facilitatrice est également disponible par téléphone, par mail et via Facebook et Messenger pour traiter toute demande liée à des personnes âgées : *donner une information, aider à la clarification de la demande, orienter, prendre contact avec les associations et s'assurer que la personne ait bien une réponse suite à sa demande*. Il s'agit également de *participer à la dynamique de l'association qui héberge ces permanences afin de créer des synergies, d'autres mini-projets, de participer à des activités qui sont organisées par cette organisation*. En retour, cette création de liens, de synergies permet d'accueillir de potentielles nouvelles situations et demandes – ce qui d'après l'analyse SWOT réalisée sur le projet rend la détection plus efficace.

Zoom Seniors a déterminé en 2018 une liste de **20 critères d'évaluation et de sélection pour les lieux et organisations hébergeant ces permanences** (Annexe 10), que nous proposons de regrouper en 5 grandes catégories :

- **Congruence avec le projet** (situé dans les quartiers pilotes, espace pérenne, présence d'autres services ou activités pour le quartier et volonté manifeste de collaborer, gratuité d'utilisation de l'espace)
- **Accessibilité physique** (horaires, accessibilité PMR, transports en commun, accès autonome à l'espace (badge, clé))
- **Acceptabilité** (espace fréquenté par des seniors, espace fréquenté par un public mixte, espace perçu comme public, ouvert à tous et non exclusif (apolitique et multiculturel), Espace judicieux pour le réseau informel)
- **Visibilité** (possibilité de visibiliser le centre de référence sur la rue)
- **Convivialité et confort** (espace d'attente, espace de travail de la référence, présence de toilettes en accès PMR, bureau, accès internet, imprimante, frigo, micro-ondes, espace lumineux, espace sécurisé)

Pendant la période de confinement due au Covid 19, une part importante des permanences prévues a dû être annulée. Les trois lieux où s'organisaient initialement les permanences ont en outre été **relocalisés** au cours du projet.

Avis des répondants :

Les répondants évaluent tous positivement à très positivement les permanences, elles sont qualifiées de « *lieu de référence dans lequel les personnes peuvent rencontrer la facilitatrice, qu'il s'agisse de la personne âgée ou de ses proches* » et de « *comptoir de lien* ».

La logique poursuivie dans le choix de ces lieux est de *s'appuyer sur les acteurs en présence et ne pas en créer de nouveaux*, deux raisonnements ont ainsi été poursuivis d'après l'un des participants à l'enquête : soit privilégier des « *lieux déjà identifiés par les seniors mais ne disposant pas d'une permanence sociale* » ; soit opter pour des « *lieux intéressants pour les seniors et donc à valoriser* » et faire connaître. Lorsque la permanence s'organise dans un lieu populaire, cela semble faciliter la venue des personnes et leur contact avec le projet Zoom Seniors. Une bénéficiaire d'accompagnements, par ailleurs coutumière du lieu, indique ainsi qu'avant le confinement, elle venait souvent pour avoir des contacts sociaux, pour la convivialité qu'elle y trouvait : « *pour parler, rigoler avec les autres* ».

La collaboration entre le projet Zoom Seniors et les organisations hébergeuses n'a pas toujours été au rendez-vous comme en témoigne le rapport d'activités de 2020 : « *après un accueil ouvert dès le démarrage, il nous a semblé difficile de trouver notre place et de rendre le partenariat mutuellement intéressant : recevoir des personnes âgées ou des professionnels aiguillonnés vers nous par [l'organisation hébergeuse], et solutionner des problématiques et amener du public âgé à [l'organisation hébergeuse]* ». Certains voient en effet dans ces permanences assurées par la facilitatrice **une forme de concurrence** : « *il y a une vie sur les communes qui est déjà existante et donc tous les acteurs institutionnels n'étaient pas spécialement preneurs d'avoir une personne, qui incarnerait cette fonction de référent pour les personnes âgées. Donc la facilitatrice a dû un peu trouver sa place : faire du relais et en même temps, c'est un public qui a besoin de confiance, il fallait que ce soit incarné par une personne, que le bouche à oreille fonctionne, qu'on sache qu'avec elle ça fonctionnait bien et alors la fonction pouvait prendre tout son sens* ».

L'accessibilité physique est également considérée par les répondants comme un facteur qui revêt une importance capitale : « *pour des personnes âgées, traverser 2 carrefours dans une ville comme Bruxelles où il y a parfois des travaux ; les distances et les mètres, ça a un impact direct* ». Dès lors, pour l'un des participants, il faut **se démarquer d'une approche généraliste qui risque de ne pas tenir compte de la spécificité du public âgé en matière de mobilité** : il fustige *l'impensé du vieillissement en ville* que traduisent une porte trop lourde, une permanence localisée à l'étage, un seul point d'appui dans un quartier si grand et présentant un tel dénivelé qu'il faudrait selon lui le subdiviser en trois parties pour permettre aux personnes

âgées d'y accéder sans embûches. Un autre répondant considère également que **la fréquence insuffisante au regard de la demande et les contraintes de localisation des permanences sont un frein** important au projet, exacerbé par le confinement dû au Covid 19 et la précarité des publics concernés : *« la présence de Zoom Seniors sur le terrain qu'une seule fois par semaine, l'impossibilité des habitants de se déplacer vers un autre lieu de permanence Zoom Seniors pendant les autres jours de la semaine, la forte demande d'accompagnement individuels suite à la fermeture de la majorité de bureaux et au passage au numérique qui ne tient pas toujours compte de l'énorme fracture numérique, surtout dans les quartiers les plus précarisés »*. La mise en relation réalisée dans ce cadre est malgré tout considérée par l'un des participants à l'enquête comme *« adéquate, même si les moyens ne sont peut-être pas suffisamment en termes de ressources humaines par rapport aux Zones géographiques déterminées. Nous avons, notamment, touché un public très peu touché pas les services "classiques" »*. Ce contexte justifie les changements de localisation selon un quatrième participant : *« une présence reconnaissable dans le quartier contribue à abaisser le seuil, et tous les lieux n'étant pas également adaptés, il est bon qu'une intervention ait été entreprise et que d'autres lieux/partenaires aient été recherchés si le lieu s'avérait infructueux »*.

Le vélo-cargo

Le projet a fait l'acquisition d'un **vélo tri-porteur, sorte de « bureau mobile » ou point d'entrée supplémentaire** directement installé dans l'espace public (une table, deux chaises, du thé, un parasol, du thé, des jus) que la facilitatrice utilise dans différents endroits spécifiques des quartiers et à des moments particuliers du mois afin d'aller à la rencontre des personnes âgées et des aidants : itinéraires, carrefours empruntés par les personnes âgées, jours de marché, sorties de lieux de culte, manifestations locales.

Avis des répondants :

L’avis des répondants sur le vélo-cargo n’a pas été sollicité dans la première phase du Delphi, le rapport d’activités 2020 affirme toutefois l’intérêt d’un tel dispositif mobilisable en extérieur en période de pandémie et facilitant le maillage avec les associations locales : *« l’achat effectué en décembre 2019 fut une réussite. Le vélo s’est avéré bien **maniab**le et utile pour se rendre visible dans l’espace public. En temps de pandémie, il fut particulièrement utile pour pouvoir être en contact, tout en restant en extérieur »*. Le vélo-cargo est utilisé pour différentes sorties tout au long de l’année notamment dans le cadre de l’action « Un Été à Fontainas », portée par Bravvo Asbl et en collaboration avec les « associations du quartier Senne », à laquelle le projet a participé en 2020 et 2021.

Dans la deuxième phase du Delphi, un répondant affirme que cette action a été une réussite : *« Le vélo tri-porteur est une excellente idée et j’ai entendu beaucoup de bons échos (de l’équipe) »*. D’autres répondants estiment que le vélo-cargo a été une bonne alternative pour répondre aux difficultés d’accès aux lieux de permanence pour les seniors ainsi qu’à la limitation du nombre de permanences soulevés lors de la première phase : *« il faut rappeler que le concept du projet se tient sur 2 communes et donc sur plusieurs quartiers... Dès lors pour « tenter » de compenser justement cette problématique de distance, le vélo cargo a pu être un élément supplémentaire aux permanences »* ; *« Le vélo-cargo pourrait être une alternative / une réponse aux critiques émises ci-dessus concernant le nombre de permanences et leur accessibilité (étant donné la grandeur du quartier). C’est la permanence qui irait aux personnes âgées/aidants proches/pros et pas l’inverse »*.

Les ateliers de sensibilisation à la veille pour les non professionnels du soin

Les ateliers de sensibilisation visent **la mise à jour des pratiques et connaissances des non professionnels du soin (gardiens de la paix, agents et concierges des services de logements sociaux) en matière de veille vis-à-vis des personnes âgées**. Les objectifs sont de permettre à ces travailleurs de *« mieux comprendre les différents types de fragilités liées au vieillissement ; être attentifs aux fragilités liées au vieillissement, et pouvoir détecter les fragilités liées au vieillissement ; connaître et donc pouvoir orienter les seniors et aidants proches vers les permanences seniors / centres de référence ; interpeller les centres de référence de l’existence d’une situation posant question »*. Ces ateliers travaillent la **capacité à observer lorsque les personnes âgées sont rencontrées dans l’espace public, les couloirs des logements sociaux, etc., à poser des questions pour identifier les besoins et à identifier les ressources disponibles dans le quartier**.

Avis des répondants :

La facilitatrice souligne l'intérêt que cette initiative, tournée vers la **capacitation des travailleurs concernés**, a rencontré chez ces derniers : *« ça a vraiment été justement un accompagnement et une demande de leur part d'avoir cet apprentissage en fait donc c'était super intéressant. [...] Eux aussi justement sont dans cette dynamique d'apprentissage et donc voilà le but c'est pas de nous rendre non plus indispensables, c'est quand c'est possible de pouvoir donner justement les outils à d'autres travailleurs sociaux pour qu'ils puissent aussi orienter, accompagner au mieux les personnes âgées »*. Par-delà les compétences enseignées, un autre répondant au Delphi confirme cette **« conscientisation » des gardiens de la paix** à l'importance de la détection des fragilités des seniors : *« Les conseils leur ont d'ailleurs été rappelés lors de la mise en place du plan canicule »*. D'aucuns y voient une *« très bonne stratégie car [les gardiens de la paix] voient les personnes âgées qui ne fréquentent pas déjà les services partenaires et c'est elles qu'il faut toucher »*, ils *« sont en contact avec tous les habitants d'un quartier »*. L'initiative est qualifiée à ce titre d'*« innovante »* par un autre participant à l'enquête. Un répondant de la deuxième phase du Delphi juge les ateliers de sensibilisation *« très intéressants »* et souhaiterait qu'ils soient *« affinés »* et *« étendus »*.

À contrario, deux répondants regrettent **l'absence de mobilisation d'outils validés (tels qu'une échelle de dépistage facile et validée) et l'absence d'évaluation de l'impact de ces ateliers**. Dans la deuxième phase du Delphi un répondant s'interroge sur les effets de ce type d'outils entre les mains d'acteurs informels : *« Dans l'échange informel, une détection, une orientation, une écoute peut se faire plus « naturellement »*. *Si des outils sont utilisés, peut-être que ça rend les choses plus formelles et que ça pourrait être contre-productif (en tout cas avec certaines personnes) ? »*.

Les flyers

Des **flyers et affiches bilingues** présentant le projet ont été distribués auprès des commerces, pharmacies et acteurs professionnels de quartier considérés comme des acteurs de détection potentiels car en contact avec les publics.

Avis des répondants :

Une personne âgée rencontrée s'exprimait favorablement à l'égard du flyer : *« Tout ce qu'ils ont noté là sur les publicités qu'ils nous ont donné, moi je lis toujours tout, moi je trouve que c'est bien »*. Le rapport d'activités de 2019 pointe cependant **l'échec relatif de la démarche menée auprès des commerçants, ceux-ci ne se sentant pas prêts à endosser un rôle de « détecteur »**, même si le rapport conserve la volonté de les mobiliser pour orienter les seniors

vers les lieux et acteurs adéquats : « nous avons prévu en 2019 de nous tourner vers les commerçants pour les sensibiliser à la veille visant l'identification des personnes âgées en perte d'autonomie ou fragiles. Grâce aux retours que nous offre notre réseau de grande taille, force a été de constater que cela n'était pas réaliste pour les commerçants. Nous avons acté ce constat, et nous avons tiré la leçon qu'il fallait réorienter notre action de la sorte : information des commerçants quant au point d'entrée unique (poste de facilitation seniors dans le quartier et permanences seniors dans le quartier) et sensibilisation à réorienter vers les acteurs de quartiers non commerçants (agents de prévention et de sécurité, employés du logement social, bénévoles du réseau d'entraide du quartier...) ».

Cette initiative a donc été progressivement abandonnée. **La plupart des répondants à l'enquête Delphi continuent cependant de penser que l'implication des commerçants est porteuse et permettrait d'atteindre les personnes difficiles d'accès.** L'ancrage local et la confiance dont les commerçants bénéficient auprès de leur clientèle sont avancés pour supporter l'intérêt d'une telle initiative : « Les pharmaciens, médecins généralistes, cafés et commerces de proximité sont souvent des lieux de passage des personnes seniors. Une relation de confiance s'étant généralement installée avec les seniors, l'idée serait de sensibiliser ces différents acteurs à la détection de fragilités afin de faire de la prévention et de pouvoir référer vers les services adéquats ». Un répondant de la deuxième phase du Delphi, estime que pour impliquer davantage ces acteurs de proximité, il faudrait « trouver une manière d'argumenter l'intérêt concret pour eux de participer à la détection » et « rémunérer le temps [qu'ils consacraient] à se former à la détection » car ils disposent de très peu de temps.

L'un des répondants met en cause l'utilisation des flyers et affiches comme un mode de communication ne permettant pas d' enrôler véritablement les commerçants dans la détection. D'après lui, **la communication ne passe pas par l'écrit mais par les relations interpersonnelles inscrites dans le temps** : « on avait beaucoup misé là-dessus mais on se rend compte que tout ce qui est support écrit ça ne fonctionne pas des masses et que ce qui fonctionne vraiment c'est le contact personnalisé ». Un répondant de la deuxième phase du Delphi rebondit sur cette remarque en indiquant que pour lui les liens interpersonnels sont plus adaptés que les communications écrites pour transmettre de l'information dans les environnements multiculturels.

Les réseaux sociaux

Trois pages Facebook (une page par zone d'action du projet) ont été créées pendant la crise sanitaire pour palier à l'annulation des permanences physiques. Ces pages ont pour vocation de

transmettre de l'information mais aussi d'être des lieux de discussions et de demandes d'aide pour les seniors, leur entourage ou des professionnels.

Avis des répondants :

L'investissement limité dans la communication sur les réseaux sociaux est justifié selon les répondants par la **fracture numérique** qui touche encore une partie importante du public visé, mais aussi par le manque de ressources adaptées : « *on n'y a pas consacré assez de temps et c'est pas notre métier en fait, on n'est pas community manager* ». Un répondant juge cependant le dispositif « *pertinent en complément d'autres actions* ».

Les colis

Pendant le premier confinement (2020), des colis contenant un masque en tissu, un brin de muguet et des informations sur les services disponibles dans le quartier ou la commune ont été distribués aux personnes âgées dans deux quartiers (50 colis dans l'un d'entre eux et 700 dans un autre). Cette distribution a été conçue comme une **action de visibilité du réseau et de détection des personnes fragiles**. L'objectif était d'agir rapidement et de manière ciblée. Elle reposait sur la collaboration étroite avec le secteur associatif et les services communaux. L'action a été répétée en fin d'année auprès des personnes âgées isolées qui n'avaient pas pu être touchées lors du premier tour avec des colis contenant « *un pot de gel hydroalcoolique, des biscuits, un bon pour un massage assis, des cartes de vœux 'home made' et des informations sur les services* ».

Avis des répondants :

D'après l'un des répondants, cette action, de même que la précédente, n'a connu qu'un **succès très mesuré** : « *On a cru que les colis ça aurait un impact incroyable en se disant on rajoute des biscuits, on rajoute du thé, des fleurs, des masques, des gels. Honnêtement c'était un peu un flop* ». **Aucune évaluation systématique de l'action** n'a été menée, cependant le répondant estime que la présence, *dans la durée*, d'une personne qui incarne le projet telle que la facilitatrice est davantage porteuse. Un répondant de la deuxième phase du Delphi estime que malgré le succès mesuré l'intérêt de ce type d'action est de contribuer à la création et surtout au maintien du lien avec les seniors : Ces actions « *permettent également de signifier aux personnes déjà présentes qu'elles ne sont pas oubliées. Les personnes âgées isolées et seules apprécient ces gestes de reconnaissance* ».

Sur l'articulation et la cohérence de la détection

Plusieurs initiatives visaient ainsi la détection des personnes âgées fragiles et la visibilité du réseau Zoom Seniors auprès de celles-ci. Certains répondants considèrent cette **combinaison de méthodes** comme **opérante** : « *Il est positif que la détection précoce des personnes âgées vulnérables ait été soutenue par diverses actions : recours à un coach de soins (facilitateur), activités de proximité dans différents quartiers et places, sensibilisation des gardes municipaux et des gardiens de logements sociaux, etc.* ». Cette variété des méthodes aurait permis de « **garder les partenaires à bord** » en période de Coronavirus. Le fait d'informer personnellement et la possibilité que cela offre de tenir compte des spécificités des bénéficiaires a été pointé également dans l'analyse SWOT comme un point fort de cet ensemble d'initiatives. L'**implication d'acteurs divers** est également considérée comme un atout : « *La sensibilisation des différents acteurs du quartier à l'importance de la vigilance permet de proposer à temps une aide et des services appropriés, facilitant ainsi le maintien à domicile le plus longtemps possible* ».

Cette combinaison de méthodes est également très **chronophage**, d'où la nécessité d'après l'analyse SWOT réalisée sur le projet de mettre en œuvre des partenariats pour l'assurer. D'autres répondants critiquent le **manque de cohérence, de systématisme et d'évaluation** de ces différentes approches : « *Je considère que la stratégie adoptée est inadéquate. Pendant un certain temps, il a été question de faire des visites préventives à domicile dans les différents quartiers pour les personnes âgées ayant un profil de risque bien défini. Finalement, cela n'a pas été fait car il n'était pas facile de mettre la main sur ces données* ». Le **manque d'accès aux données** est ainsi considéré comme un **frein à la détection**, de même que la nécessité d'actualiser annuellement la détection. Dans cette optique, un répondant **plaide pour une mobilisation plus forte** de certains acteurs : « *Compte tenu des collaborations, il est encore possible, à mon avis, par le biais de la municipalité/du logement social/des compagnies d'assurance maladie, d'approcher plus spécifiquement les personnes âgées pour une visite préventive à domicile* ».

b) Interventions permettant de favoriser la prise en charge multidisciplinaire et globalisée des seniors

Le projet Zoom Seniors a mis en place différentes stratégies pour accompagner les aînés dans leurs différentes demandes et besoins. Nous reprenons ici les principales stratégies ainsi que leurs forces et faiblesses telles qu'identifiées par les coordinateurs, partenaires et bénéficiaires

du projet. Nous renverrons par ailleurs le lecteur au point 6 de cette monographie concernant les données quantitatives relatives aux accompagnements des personnes âgées réalisés par le projet.

L'arbre décisionnel

Afin de favoriser le travail d'orientation des publics âgés dans le cadre de la fonction de facilitation (présentée au point 5) de cette monographie), **deux arbres décisionnels pluridisciplinaires** différents (un par commune) ont été développés. L'un a été établi **en fonction de l'offre disponible** sur la commune dans différents champs disciplinaires (Annexe 11). Il inscrit l'accompagnement des demandes dans des parcours dépendant notamment du lieu d'habitation de la personne (ex : un habitant de la régie foncière doit prioritairement être redirigé vers l'assistance sociale de cette régie). Le second arbre décisionnel, construit en collaboration avec un autre projet-pilote, fonde l'orientation **sur l'évaluation préalable des besoins de la personne** (Annexe 12).

Avis des répondants :

L'un des répondants à la première phase de l'enquête a souligné le fait que les arbres décisionnels sont des outils à utiliser avec « *finesse* », afin de **s'adapter** au niveau socio-économique, à la pathologie, à la volonté des personnes de se diriger vers tel ou tel service. À cet égard, un autre répondant a regretté le **caractère relativement figé de cet outil** qui a nécessité une approbation de la commune et repose sur la répartition des compétences qu'elle a établi. Les possibilités de collaboration semblent ainsi d'après certains répondants dépendre de la possibilité de démontrer que Zoom Seniors ne remplace pas les services existants et respecte la **hiérarchie des acteurs** préalablement établie.

L'identification des répertoires d'acteurs existants

Des **répertoires existaient déjà** sur les territoires concernés (« Bruxelles social » et le répertoire social de Saint-Gilles) auxquels le tandem coordinateur-facilitatrice a ajouté le répertoire de l'asbl « SAM, le Réseau des aidants » et des coordonnées complémentaires récoltées dans le cadre du projet Zoom Seniors.

Avis des répondants :

Peu de réactions ont été recueillies sur les répertoires d'acteurs durant les deux phases du Delphi. Un répondant s'interroge toutefois sur leur appropriation par le public cible et le réseau d'acteurs. En effet, il estime que ces différents outils ne sont pas faciles d'utilisation et manquent de visibilité : « *La plupart de ces outils ne sont pas, selon moi, intuitifs et pratiques*

à utiliser. De plus, nombres de professionnels n'ont pas connaissance de l'existence de ces outils. Et le public visé encore moins ».

Intégration et dynamisation d'un réseau d'acteurs de la santé et de l'accompagnement social

Comme mentionné dans le point 5) sur le contexte géographique, le projet Zoom Seniors trouve son origine dans des **collaborations préexistantes** entre acteurs de la santé et du social initiées notamment au sein des coordinations sociales des CPAS et dans la collaboration avec le centre hospitalier. Le porteur de projet est lui-même issu du secteur des soins à domicile. Zoom Seniors rassemble ainsi une trentaine d'acteurs représentant une **grande mixité de secteurs et de modes d'organisation** : des acteurs du soin (hôpital, maisons médicales, acteurs du soin à domicile) et de l'accompagnement social (Maisons de quartiers, CPAS, logement social, etc.), les communes et CPAS y sont représentés de même que des acteurs associatifs et des chercheurs.

Avis des répondants :

La combinaison d'acteurs du soin et de l'accompagnement social reflète d'après un répondant la **multiplicité des situations** et « *une combinaison de besoins ADL, sociaux et de logement : la vie à domicile commence par la vie, et le bien-être passe avant les soins...* ». La focale mise sur les publics âgés permet de développer selon plusieurs répondants des collaborations jusqu'alors inédites : « *Le fait de travailler sur les personnes âgées, avec un public-cible personnes âgées, ça permet d'associer des acteurs très différents* ».

Des **projets originaux** naissent de ces connexions : « *Là, on a une super action qui se passe dans une des zones où on a lancé un projet où on a trouvé un acteur qui produit des soupes sur base de recettes d'un chef bruxellois avec des produits d'un autre acteur, une épicerie sociale de la zone, des soupes qui sont produites par des femmes d'un plan de cohésion sociale, livrées par des jeunes du quartier d'une AMO pour notre public âgé* ».

Malgré le nombre et la variété d'acteurs impliqués, plusieurs répondants regrettent le **manque d'implication des maisons médicales et des médecins généralistes en pratique libérale dans le projet**. Or, comme le souligne l'analyse SWOT, « *il y a déjà une réelle difficulté à viser l'exhaustivité (par exemple, les médecins généralistes solo...), à susciter leur intérêt (accroche) et à dégager le temps nécessaire pour créer ces interrelations entre acteurs. Et lorsqu'ils sont intégrés, il faut pouvoir les maintenir dans le réseau* ». L'analyse SWOT proposait afin de remédier à ces difficultés de **créer des outils à leur disposition**. Les **Maisons de repos et les Maisons de repos et de soins ainsi que les professionnels paramédicaux** de l'hôpital sont également cités comme des acteurs à davantage intégrer dans les actions menées.

Deux projets impliquant plus particulièrement les acteurs de la santé ont été développés : la **Carte info** et le projet e-finger. La Carte info est un document que chaque personne vulnérable aurait pu porter sur soi afin de permettre à l'hôpital de l'identifier ainsi que les ressources (acteurs professionnels et informels) actives dans son réseau personnel. Le **travail administratif supplémentaire correspondant à l'encodage de ces données et le risque de perte de document** a entraîné la fin de ce projet et le développement concomitant de l'e-finger comme alternative : « *La carte info s'est avérée inefficace car demande trop de travail, de temps et les personnes ne l'ont pas sur elle. E-finger est une meilleure piste* ».

De l'avis général, le groupe de travail consacré au développement de l'**e-finger** a permis de **développer et d'approfondir les contacts entre les secteurs** et entre les acteurs qui s'y sont impliqués. Cependant, pour certains répondants : « *e-finger représente beaucoup de dépense d'énergie pour un projet incomplet* », qui « *n'a pas encore été testé dans la pratique* ».

Intégration et dynamisation d'un réseau d'acteurs informels et formels

Afin de dynamiser l'implication des acteurs informels dans le projet, **trois réseaux d'entraide entre voisins (un par zone d'action)** ont été soutenus dans le cadre du projet. Dans la zone Anneessens il en existait déjà un, le projet Zoom Seniors lui a donc offert son **support**. Dans la zone Bas de Saint-Gilles, plusieurs réseaux coexistaient et la logique poursuivie par Zoom Seniors a été de tenter de les **féderer**. Dans la zone Marolles, le réseau d'entraide étant inexistant, les acteurs du projet Zoom Seniors l'ont **développé**.

Avis des répondants :

Plusieurs intervenants soulignent l'importance des réseaux informels dans un projet tel que celui mené par Zoom Seniors tout en relevant la difficulté à les connecter au projet : « *Les réseaux informels font partie des soins communautaires : ils répondent à un besoin du bénéficiaire, mais donnent également un sens et une valeur personnelle à celui qui donne. Cependant, cette interaction ne se fait pas automatiquement, surtout dans les quartiers vulnérables, et nécessite l'énergie et le soutien nécessaires* ».

Le travail de soutien aux réseaux d'entraide réalisé n'a **pas permis de directement connecter ceux-ci au réseau des professionnels du projet Zoom Seniors**. Le risque de fédérer avant tout un « *club de professionnels* » avait déjà été mentionné dans l'analyse SWOT du projet : « *ça s'est lancé comme un projet à l'attention des professionnels, comme un projet à vocation de partages d'expériences professionnelles et de développement d'outils pour les professionnels* ». Le secteur institutionnel et le secteur informel semblent parfois jouer les **vases communicants** : dans les zones où les acteurs formels sont très présents et où une organisation centralisée

prévaut, les acteurs informels sont peu développés (ce qui peut provoquer une forme de paralysie en cas de crise des institutions comme le Covid 19 a pu en provoquer) tandis que les acteurs informels se développent et prennent le relais dans les zones où les pouvoirs publics et les associations institutionnalisées sont moins présentes. Un répondant estime que la connaissance préalable des forces et des faiblesses de chaque secteur est essentielle pour que les secteurs institutionnels et informels puissent se connecter et se renforcer mutuellement.

La volonté de collaborer sur une base locale est cependant bien présente du côté de certains acteurs formels : « *nous tentons de renforcer la proximité en redéfinissant les secteurs géographiques d'intervention et que les équipes aient une plus grande connaissance des zones dans lesquels ils travaillent et des réseaux formels et informels existants* ». Certains acteurs associatifs représentant les aidants proches se sont aussi d'ailleurs impliqués dans le projet avec l'objectif de tenter de connecter réseau formel et informel et de mieux prendre en compte les réalités vécues par les aidants : « *Les aidants proches peuvent être des sources d'informations et des partenaires à part entière dans l'accompagnement d'une personne âgée et ce, au détriment, parfois, de leur propre santé. Notre rôle en tant qu'ASBL qui soutient les aidants proches est de conscientiser les acteurs professionnels à l'origine de nouveaux projets, à ces questions-là* ».

c) Interventions permettant de contribuer à la création d'un cadre environnemental favorable aux seniors

Le consortium d'acteurs a décidé d'aborder cet enjeu de l'appel à projets par le biais de **l'association avec des projets améliorant le bien-être dans le quartier** (ex : Un Été à Fontainas, le projet « soupes » susmentionnés), **la promotion d'activités culturelles locales** (ex : Visites Arts et Marges), ou encore en prenant part aux différents **projets institutionnels locaux** (Projets de cohésion sociale et Contrats Locaux Social-Santé au premier chef).

Avis des répondants :

La connexion du projet Zoom Seniors à certaines de ces initiatives interroge le projet quant à son **échelle d'intervention** : les Contrats Locaux Social-Santé ne sont pas développés dans tous les quartiers et leur découpage géographique ne recouvre pas entièrement celui des Projets de cohésion sociale. Cela entraîne des problèmes de lisibilité pour les publics concernés et une certaine difficulté à articuler les engagements des acteurs de Zoom Seniors dans les différents projets.

Par ailleurs, **l'approche en termes d'« universalisme intégratif » de certaines de ces initiatives questionne le ciblage que Zoom Seniors opère sur le public âgé.** Pour certains

acteurs, l'avenir du projet réside dans une connexion plus forte avec d'autres types de publics vulnérables « *Ce n'est pas réellement une faiblesse du projet en tant que tel mais je pense que si d'autres projets de ce type devaient être envisagés, il serait important de les imaginer aussi pour d'autres personnes en situation de vulnérabilité (exemple: personne en situation de maladie chronique, pas considérée comme 'âgée' mais qui peut être isolée et rencontrer également des difficultés à se lier à son quartier)* ». D'autres craignent une « invisibilisation » du public âgé dans ces approches plus généralistes : « *ils font moins de bruit les seniors* ». Un autre répondant de la deuxième phase du Delphi estime au contraire que ce risque d'invisibilisation concerne toutes les personnes fragilisées indépendamment de leur âge : « *j'ai envie d'insister sur le fait que les personnes qui font le moins de bruit, ce sont aussi celles qui sont isolées/fragilisées indépendamment de leur âge. Je regrette que les projets/services soient parfois si cloisonnés par rapport à l'âge* ».

d) Interventions permettant de mettre en place une gouvernance adaptée

Contexte géographique du projet

Le périmètre d'action du projet s'est constitué au départ du **positionnement géographique de l'hôpital Saint-Pierre** et des collaborations qu'il avait nouées antérieurement avec l'une des deux communes impliquées dans le projet. D'après un répondant, cette collaboration avec l'hôpital autour des problématiques de santé a guidé la délimitation du territoire visé par Zoom Seniors : « *la porte d'entrée était très 'santé'. C'était de se dire : comme ça on peut associer en fait le CHU Saint-Pierre, ça va être hyper intéressant parce qu'aussi on se rend compte qu'une grande problématique de basculement c'est en général la situation post-hospitalière* ». Les porteurs du projet entendaient aussi répondre à des besoins de personnes **seniors dans une situation plus précarisée** et s'adresser aux seniors **issus de l'immigration**. **Cinq quartiers répartis sur deux communes** ont ainsi été inclus dans un quartier dit prioritaire (Porte de Hal, Bosnie, les Marolles, Stalingrad et Anneessens) puis redéfinis par le projet en **3 zones** (Marolles, Anneessens, Bas de Saint-Gilles), d'une part pour correspondre aux **représentations et identités des habitants**, d'autre part pour atteindre une certaine **taille critique** en termes de nombre d'habitants : « *le projet s'organise autour d'un quartier. Un quartier est un territoire habité par 10.000 à 30.000 personnes qui est vécu par ses résidents et ses intervenants comme un ensemble relativement cohérent [...] Il est frappant de noter que le quartier Stalingrad, répertorié par le Monitoring des Quartiers, n'est pas une entité à laquelle s'identifient ses habitants. Les habitants de l'Avenue de Stalingrad peuvent tantôt se dire d'Anneessens ou de*

la Senne et tantôt des Marolles, selon qu'ils s'adressent à telle ou telle personne, ou selon l'avantage (social ou économique) que cela pourrait leur apporter ».

Avis des répondants :

La grande taille du territoire visé par le projet permet selon l'analyse SWOT du projet de réaliser des **économies d'échelle**, tandis que l'extension sur deux communes favorise les **échanges d'expérience** et, par la **dynamique d'ouverture** qu'elle induit, contribue à protéger le projet d'une logique d'« entonnoir communal ».

Cette extension du projet sur plusieurs quartiers **entrave** cependant selon cette analyse SWOT **la possibilité d'aller en profondeur sur l'ensemble des zones compte tenu de ressources humaines par ailleurs limitées**. Or, en raison de l'impossibilité pour les personnes âgées de couvrir de longues distances et de la diversité culturelle, certaines dynamiques de quartier sont très ségréguées (genre, nationalités...) et pourraient selon l'un des répondants requérir une **approche de proximité même par sous-quartiers** : *« même ces 5 quartiers devraient être subdivisés encore en plus petits quartiers : il faut commencer d'une place, et puis de cette place commencer à rajouter des rues, peut-être rajouter encore d'autres rues et puis voir quelles sont les limites de ce territoire-là. La proximité se base sur la confiance, celle-ci se construit par le bas ».*

Un répondant souligne en outre les spécificités du public âgé qui justifient selon lui une **approche de proximité en réponse à une logique plus centralisatrice** : *« c'est limite maltraitant. Parce que ne pas comprendre que pour une personne âgée du bas de Saint-Gilles, du Square Jacques Franck, remonter jusqu'à la Commune c'est un parcours du combattant, c'est être en décalage total par rapport à la réalité des personnes âgées ».*

Contexte lié à la temporalité du projet

Le **Covid 19** a imposé une réadaptation des activités (annulation des permanences dans certains lieux par exemple), en particulier en priorisant celles-ci sur la **recherche de davantage de liens avec les personnes âgées isolées** (ex. : les colis), et a **distendu les relations avec le comité de pilotage** : *« ça a été une période qui a été assez dure professionnellement mais une fois que les coordinateurs ont trouvé la manière de travailler et qu'ils savaient ce qu'ils avaient à faire, que le principe de faire de la détection avait été validé (colis), le principe de maintenir des permanences en fonction des règles fédérales, y'a pas 15 questions qui relèvent d'un comité de pilotage ».*

En revanche, **sur le terrain**, les répondants soulignent que le Covid a permis une **prise de conscience des acteurs quant au public des personnes âgées** : *« c'est un champ oublié de la*

santé et les propositions de services ou d'institutions ne répond pas quantitativement et qualitativement aux besoins présents et futurs, individuels et collectifs » et a contribué à asseoir le rôle du tandem de Zoom Seniors : « *se sentant peut-être démunis par rapport à certaines situations, les acteurs du réseau ont fait appel au tandem et ont posé des questions : 'Connais-tu tel ou tel service qui pourrait faire ceci ?'* ». A contrario, certains répondants estiment que le Covid-19 a entravé l'implantation du projet et l'organisation des réunions, et a constitué dès lors un **frein pour aboutir à des résultats mesurables** : « *une année supplémentaire aurait permis d'achever l'implantation du réseau* ».

Le **caractère pilote du projet**, s'il insuffle une **dynamique propre** à l'expérimentation a eu lui aussi des impacts sur le partenariat : « *les incertitudes au niveau de la prolongation du projet ont rendu compliquées les avancées et projections des actions* » et « *l'évaluation est arrivée trop tardivement que pour permettre de prolonger le projet sur cette base* ».

Rôle du tandem coordination-facilitation

Le projet Zoom Seniors repose sur un **tandem composé d'une fonction de facilitation et d'une fonction de coordination**. La **première assure les permanences**, entretient les dynamiques avec les associations hébergeuses, effectue des visites à domicile, reste « à l'affût » des collaborations, participe aux réunions des coordinations sociales, maintient une activité sur Facebook et répond aux questions des professionnels. Le second membre du tandem, le **coordinateur**, contribue à définir les directions prises par le projet, **entretient le réseau d'acteurs** (la « cuisine interne » du projet qui concerne plus de 30 structures), développe le réseautage entre partenaires formels et informels par zone, maintient le lien avec le comité de pilotage et les groupes de travail de Zoom Seniors, veille au bon cadre de la facilitation, participe à des réunions sectorielles (G4, Brusano, PSSI, CLSS, etc.). Dans la pratique, ces deux fonctions se sont **entremêlées** puisque le coordinateur a repris la fonction de facilitation pendant le congé de maternité de la première.

Avis des répondants :

Les répondants apprécient unanimement **le dynamisme, la réactivité, la polyvalence, la créativité et la ténacité** des deux membres du tandem : « *Très bien. Fort disponible. Réaction rapide. Peu de latence après appel* » ; « *persévérance du personnel impliqué* », « *approche professionnelle de la coordination du projet* », « *Excellente : fiabilité, clarté de la position, travail d'accompagnement et de facilitation* ». L'ouverture à l'innovation et l'autonomie sont également considérés comme des atouts pour le projet : « *Ils ont fait preuve d'initiatives et d'implication dans les projets. Les retours vers le Comité de pilotage ont été fait à bon escient* ».

et quand cela s'avérait nécessaire. Je pense que par manque de disponibilité le COPIL n'a pas été assez présent malheureusement. Cela n'a toutefois pas empêché l'équipe Zoom Seniors d'avancer ».

Les participants à l'enquête soulignent ainsi le **positionnement qualifié de « professionnel »** de la fonction de coordination. L'un des répondants mentionne ainsi comme l'une des forces du projet *« Le travail de l'équipe de salariés de Zoom Seniors qui a toujours bien préparé les différents temps de rencontre »*, entre autonomie et concertation avec le consortium d'acteurs : *« Le coordinateur était bien conscient de son rôle et de sa position dans le projet. Il a toujours essayé de donner autant d'appropriation que possible aux partenaires du projet / membres du comité de pilotage, il était ouvert aux idées et prenait les initiatives nécessaires »*, en dépit d'un contexte complexe : *« Je reconnais la **difficulté de leur travail au regard du nombre de strates et d'acteurs à mobiliser** ».*

Du côté de la fonction de **facilitation**, les **bénéficiaires apprécient en particulier l'efficacité du suivi** (*« Quand le facilitateur fait quelque chose, ça réussit ! Donc c'est pour ça que je reviens »*) ; **et sa capacité à atteindre des publics plus éloignés des institutions** : *« Nous avons, notamment, touché un public très peu touché pas les services 'classiques' »*. Le caractère personnalisé et investi des interactions (ils sont « très gentils ») est également mis en avant par les bénéficiaires interviewés. Une répondante indique ainsi que la facilitatrice : *« s'est bagarrée pour trouver des solutions pour ma mère »*. Tandis que certains répondants mettent ainsi l'accent sur **l'intérêt d'incarner la fonction pour construire un rapport de confiance** *« c'est le contact personnel avec les responsables du projet qui a facilité les choses »*, d'autres mettent cependant en avant **certaines fragilités de ce modèle basé sur la personnalisation de l'accompagnement** : *« C'est vrai, elle m'a aidée... mais après, bon elle a accouché etc. et elle venait plus. Et j'attendais quand même que eux (lieu de permanence) m'aident encore, et puis bêtement je suis allée avec une copine à (autre lieu collectif) et là j'ai vu qu'on regardait pas mais qu'on aidait »*. Vis-à-vis des partenaires aussi, le positionnement de la fonction de facilitation a été un enjeu dès l'entame du projet : le terme de « facilitation » a été préféré à celui de « référent » car **pour légitimer la fonction, il a été nécessaire de montrer qu'elle ne prenait pas la place d'autres intervenants** (la fonction de « référent senior » existant déjà dans l'une des communes). D'autre part cette appellation voulait signifier un **rôle d'orientation et d'accompagnement vers les services appropriés plus que de substituer à une fonction d'« assistant social » des usagers** : *« il faut avoir une bonne connaissance des conditions pour pouvoir ouvrir certains droits, des connaissances dans l'aménagement du domicile, un petit peu d'ergothérapie, la connaissance dans tout ce qui est échelle de Katz, les différentes échelles*

d'autonomie qui existent, les soins palliatifs, etc. Maintenant, si la facilitatrice identifie qu'il y'a l'ouverture d'un droit, ce n'est pas elle qui va faire les démarches administratives (ex : GRAPA ou invalidité), elle oriente vraiment vers l'assistante sociale qui fera les démarches nécessaires par rapport à cette ouverture de droit ». Parmi les compétences qui ont été nécessaires à l'exercice de la fonction figurent également la **capacité d'adaptation aux spécificités des publics** : « *Ce sont des quartiers qui sont très riches en mixité sociale, culturelle et il faut savoir s'adapter aux personnes qu'on rencontre et pas demander aux personnes de s'adapter au service* » ; « *Il n'est pas nécessairement évident d'aller à la rencontre de la diversité des populations et des quartiers couverts par le projet : cela nécessite une équipe 'tout terrain'* » et une **capacité à naviguer dans le contexte politisé des acteurs professionnels** dans certains quartiers.

Les deux personnes ayant incarné ces fonctions de facilitation et de coordination sont vues comme **une véritable équipe** : « *Il y a toujours eu une bonne coopération avec le coordinateur et l'animateur* ».

Plusieurs répondants estiment enfin que compte tenu de la diversité des rôles et de l'extension géographique du projet, les **ressources humaines sont insuffisantes** : « *les moyens ne sont peut-être pas suffisamment en termes de ressources humaines par rapport aux Zones géographiques déterminées* » en dépit de l'intervention financière des deux CPAS qui complète le financement régional.

Rôle et caractéristiques du porteur de projet

Le projet est porté par une association active dans le secteur de l'aide à domicile.

Avis des répondants :

Les réponses à l'enquête indiquent que Gammes est **l'un des acteurs pivots du projet, mais que la direction stratégique est en fait assurée par le comité de pilotage dans son ensemble**. Le **public** rencontré par l'asbl Gammes est d'ailleurs à l'origine **assez éloigné de celui du projet de Zoom Seniors** : « *le service de Gammes a quand même un coût et ce n'est pas donné à nos populations* ».

Toutefois, le porteur s'est engagé dans le projet avec la **volonté d'« Approcher et donner la parole aux personnes les plus isolées, Rendre accessible des services aux personnes les plus éloignées du système, Être le porte-parole d'une population oubliée »**.

Certains répondants soulignent **l'atout que représente selon eux le fait que le porteur de projet soit une association et non un acteur public**. Cela permet à leurs yeux d'adopter une approche « opérationnelle », de conserver une forme de souplesse dont d'autres grandes

institutions ne disposent pas (éprouvée notamment quant au maintien de certaines activités pendant la crise Covid) et d'éviter le caractère considéré comme « politisé » d'acteurs plus institutionnels : *« il y a un cahier de charges, on remplit le cahier des charges et on ne va pas commencer à analyser notre positionnement ».*

Modalités de prise de décision et comité de pilotage

Comme indiqué plus haut, le Consortium supportant le projet Zoom Seniors est composé de **plus d'une trentaine d'acteurs-clés de l'aide et du soin actifs sur les territoires** susmentionnés. Le comité de pilotage est composé de l'asbl porteuse du projet, des deux CPAS (en ce compris la Coordination sociale) et communes concernées, du Centre hospitalier, des Maisons de quartier et du Kenniscentrum WWZ. La prise de décision s'effectue selon le modèle décisionnel du « **consentement** ». **Quatre groupes de travail** ont été initialement constitué, le premier sur la « prévention et détection », le deuxième sur le « réseau informel », le troisième sur la « carte info » et le quatrième sur le projet e-finger. À l'exception du dernier, **ces groupes de travail transversaux ont progressivement laissé la place à un fonctionnement davantage axé sur des actions davantage ciblées et localisées**, rassemblant les acteurs directement impliqués dans l'une des Zones définies par le projet (comme dans le projet « soupes » mené aux Marolles).

Avis des répondants :

La taille et la diversité du Consortium sont considérés par certains répondants comme un moyen d'assurer la **capacité de mobilisation**, de disposer de moyens (ressources humaines et infrastructures) et de bénéficier d'une assise large (caractère légitime et incontournable). L'analyse SWOT du projet mettait également en évidence **l'enrichissement des réflexions des partenaires** grâce aux discussions de fond intervenues dans le cadre du projet, la formation de **nouveaux partenariats**. La **plasticité** du Consortium et sa capacité à intégrer de nouveaux partenaires tout en adaptant sa structure sont également saluées. La prise de décision par consentement est jugée « *rafraîchissante* » et « *les réunions de groupe de travail, de consortium et du comité de pilotage ont été très bien menées et efficaces. Elles ont permis aux uns et aux autres de bien se connaître (essentiel pour ensuite orienter le public) mais aussi d'avancer sur les constats et les pistes d'actions à mener et privilégier* ».

Toutefois, nombreux sont les répondants qui soulignent que « *la taille du consortium rendait parfois les échanges compliqués – le fonctionnement avec un comité de pilotage aussi large devant valider beaucoup de choses et difficile à réunir* ». La **participation aux réunions était également inégale** : « *Malheureusement, tous les membres n'ont pas participé de manière*

égale aux réunions, ce qui a parfois rendu la prise de décision difficile ou affaibli l'implication de partenaires – à mon avis – cruciaux tels que la municipalité ou la ville ». Pour un autre répondant les dysfonctionnements identifiés dans l'implication de certains partenaires sont liés au caractère pilote du projet ainsi qu'à un « manque de clarté sur les attentes au niveau de l'engagement des membres qui semblent plus présents pour voir ce qu'il s'y passe que pour concrètement participer au développement et tenue des activités ». Une personne considère même que « Zoom Seniors n'a pas été en mesure de démontrer suffisamment l'engagement/la coopération de certains acteurs cruciaux dans les quartiers ». Comme indiqué précédemment, l'analyse SWOT du projet a pointé le **risque de fédérer avant tout un « club de professionnels »**.

La crise a également impacté l'engagement des membres : « depuis le début de la crise sanitaire, j'ai remarqué que l'implication générale des membres du groupe de pilotage dans le projet a diminué, car d'autres priorités se sont imposées. En outre, il n'a pas été possible de réunir l'ensemble du consortium » ; « Grosses améliorations possibles. Mobilisation très inégale selon les partenaires et les projets. Je me suis parfois demandé pourquoi certains participaient. Parfois un sentiment que certains acteurs jouent des **cartes plus persos dans le collectif** ». On note chez certains partenaires un **désaccord ou un réajustement quant au ciblage de l'action sur une catégorie spécifique de population** : « L'approche seniors c'est une approche qui est complètement obsolète, on va vers de l'universalisme inclusif et donc tournons-nous vers des projets universalistes inclusifs ».

Outre l'incertitude planant sur le financement de la suite du projet, un répondant explique aussi ce désengagement par le fait que les décisions stratégiques ayant été prises, la poursuite des activités opérationnelles ne nécessitait plus autant d'implication et de réunions.

Certains acteurs privilégient une action menée à l'échelle de territoire plus large. Cependant d'autres apprécient l'approche quartier ainsi que l'optique qui en découle et qui consiste à limiter les projets transversaux et les réunions en grand Consortium et à privilégier des rassemblements d'acteurs par Zone. Les participants jugent la modalité choisie **(déambulation dans les quartiers) pertinente en temps de Covid** : « c'était intéressant de le faire parce que ça permettait de faire des choses en extérieur et de se mettre le quartier dans les baskets. De ne plus se réunir à 40, 50, 60. Parce qu'il y a le consortium officiel et puis il y a aussi tous les partenaires proches du projet associées aux réunions de consortiums et donc c'était une question de 50-60 personnes. On va faire un tour à quinze et ces quinze-là vont parler entre eux, vont échanger, vont revoir le quartier, vont pouvoir discuter en passant dans une institution, en découvrir une autre le cas échéant parce qu'ils ne la connaissent pas ». Des

projets plus locaux et plus ponctuels sont ainsi menés avec des artistes, avec les acteurs du logement social, etc.

Gestion de l'intégration de différents types d'organisations (asbl, pouvoirs locaux, etc.) dans le projet

Comme indiqué plus haut, le projet implique à la fois des asbl et des pouvoirs locaux, des professionnels, des acteurs de la santé et de l'accompagnement social.

Avis des répondants :

La **collaboration de Zoom Seniors avec les acteurs dits « semi-institutionnels »** tels que le logement social et les acteurs associatifs est **qualifiée de souple et efficace**. L'implication des **acteurs publics locaux** (CPAS et communes) est considérée comme une **force pour l'assise et l'accès aux ressources** qu'il confère au projet, l'un des répondants indique ainsi que l'une des principales forces du projet est précisément la « *participation de 2 communes et échevinats / CPAS de ces communes L'harmonisation de l'approche entre les quartiers. La collaboration privé / public et hôpital (décentralisation des soins et aides)* ». Cette implication des acteurs publics locaux a cependant également constitué selon certains répondants un **frein potentiel au démarrage et au déploiement du projet**. Le **fonctionnement plus « centralisé » et « généraliste » de certains services communaux a engendré une confrontation avec l'approche « quartier » et le « ciblage » sur les seniors prônés par Zoom Seniors**. Zoom Seniors a dû démontrer à certains acteurs qu'il n'avait **pas pour intention de prendre leur place** (cf. la discussion sur la dénomination de la fonction de « facilitation » plutôt que de « référent ») ou de mettre la barre de l'accompagnement à un niveau qu'ils ne pourraient pas suivre avec les ressources à leur disposition et un public plus large. Le besoin de reconnaissance et les **rapports de concurrence politique entre CPAS et commune** ont également entravé la possibilité de pousser la collaboration dans certains cas.

Si certaines collaborations ont été de ce fait abandonnées, dans d'autres cas le **rapport de confiance s'est construit au fil du projet et certaines des barrières initiales ont pu être levées**, notamment à la faveur des relations interpersonnelles et de la crise qui a mis en évidence la disponibilité, la plus-value de Zoom Seniors et l'efficacité du travail commun tandis que certains services institutionnels étaient bloqués par les mesures. Pour certains répondants, la question reste ouverte : « *Zoom Seniors a-t-il été un catalyseur pour remettre en question son propre fonctionnement, pour changer, pour obtenir une meilleure coopération... ?* ».

3) Données quantitatives relatives aux accompagnements de personnes âgées réalisées par le projet Zoom Seniors

En 2019, **Zoom Seniors** mettait en place ses permanences physiques en vue d'accueillir les personnes âgées vivant dans les quartiers d'implantation du projet. Leur but est de réaliser avec ces personnes une analyse globale de leurs besoins sociaux et de santé et de leur apporter des solutions adaptées. Ce travail mené par la facilitatrice seniors concrétise les **points de contact 'personnes âgées'** du projet.

Dès 2019, un encodage des données relatives à ces accompagnements⁹ a été entamé (voir la section méthodologie du rapport pour plus de détails). Cet encodage s'est maintenu sur la suite de la période pilote. Voici les principaux résultats couvrant la période de démarrage de l'encodage jusqu'à la fin de l'année 2021.

Deux points d'attention préliminaires relatifs à la structuration de ces résultats s'avèrent utiles à leur lecture. D'une part, **les effectifs rapportés dans les tableaux concernent des accompagnements et non des personnes distinctes**. Autrement dit, une même personne peut avoir recouru à plus d'une reprise au projet (cas de figure fortement constaté par le projet) et elle sera en ce sens comptabilisée dans le tableau à équivalence du nombre d'accompagnements distincts réalisés. D'autre part, **la présentation des données est ventilée en deux périodes qui font sens en termes de cycle de projet, à savoir la période de mise en place des points de contact du projet (couvrant 2019 et 2020) et la période de stabilisation de ces points de contact (année 2021)**. Au total **231 accompagnements** ont été menés sur la période analysée, dont 66 pour la période de mise en place (à raison de 20 en 2019 et 46 en 2020) et 165 pour la période de stabilisation.

a) Caractéristiques sociodémographiques

Le Tableau 11 présente les **principales caractéristiques des accompagnements**¹⁰. Si à quelques très rares exceptions, les accompagnements ont concerné des personnes âgées de moins de 65 ans (la plus jeune étant âgée de 35 ans), on observe une **moyenne d'âge globale**

⁹ Par **accompagnement**, il faut entendre toute démarche ayant enclenché une analyse des besoins et devant en principe amener à un set de réponses adaptées. Dans le tableau 12, on examinera à ce propos le pourcentage effectif d'accompagnements pour lesquels une réponse a été fournie.

¹⁰ Note de lecture du tableau : N.C. = donnée non collectée par le projet ; N.P. = données non présentées au vu du très faible taux d'encodage de la variable. Entre parenthèses figure le pourcentage de données manquantes pour la variable en question.

de 71,7 ans - correspondant clairement au public cible des seniors, avec respectivement pour les deux périodes des moyennes de 74 ans et 70,1 ans.

L'ensemble des accompagnements ont concerné des personnes issues des quartiers couverts par le projet (100%). Les accompagnements ont **majoritairement concerné des femmes** (76% des accompagnements, pour respectivement 59% et 83% sur les deux périodes), **des personnes vivant seules** (87% des accompagnements, pour respectivement 81% et 89% sur les deux périodes), **sans aidant-e proche** (55% des accompagnements, pour respectivement 54% et 56% sur les deux périodes) et **ayant une maîtrise du français suffisante pour recourir aux services sans nécessité d'interprète** (61% des accompagnements, pour respectivement 82% et 52% sur les deux périodes).

Sur un plan socioéconomique, les données sont uniquement exploitables pour l'année 2021¹¹. On observe que **les accompagnements s'adressent en majorité à des personnes à la pension** (59% des accompagnements), constat complété par 20% de situations où les personnes dépendent d'aides sociales, 10% d'aides en lien avec un statut de maladie ou d'invalidité et encore 2% de situations où les personnes sont sans revenus propres (aidées par la famille ou dépendantes de la pension du/de la conjoint-e). Les pensions s'avèrent relativement basses puisque **97% des accompagnements ont touché des personnes disposant de moins de 1.500 euros par mois** (sachant qu'en 2021, le seuil de pauvreté pour une personne isolée correspondait à 1.287 euros par mois (Statbel, 2022)).

Cette forte précarité économique se conjugue à un score d'isolement social élevé, puisque 52% des accompagnements ont concerné des personnes vivant seule et n'ayant pas d'aidant proche.

Tableau 11 : Caractéristiques des accompagnements

	<u>Mise en place (2019-20)</u>	<u>Stabilisation (2021)</u>	<u>Total (2019-21)</u>
	N=66	N=165	N=231
AGE	65 (1%)	160 (3%)	225 (3%)
Minimum – Maximum	37 à 90 ans	35 à 93 ans	35 à 93 ans
Moyenne	74 ans	70,1 ans	71,7 ans
SEXE	66 (0)	162 (2%)	228 (1%)
Femmes	59%	83%	76%
Hommes	41%	17%	24%

¹¹ Ceci s'explique d'une part par le faible encodage de la variable 'source de revenus' en période 1 et d'autre part par le démarrage de l'encodage de la variable 'niveau de revenus' en période 2 seulement Ceci illustre la difficulté communément rapportée de collecter ce type d'informations auprès des publics.

PERSONNE VIVANT SEULE	64 (3%)	161 (2%)	225 (3%)
Oui	81%	89%	87%
Non	19%	11%	13%
PERSONNE ALLOPHONE	66 (0)	158 (4%)	224 (3%)
Oui	18%	48%	39%
Non	82%	52%	61%
QUARTIER D'HABITATION	66 (0)	165 (0)	231 (0)
Du projet	100%	100%	100%
SOURCE DE REVENUS	35 (47%)	157 (5%)	
Pension	n.p.	59%	n.p.
Allocations handicap/mutuelle		10%	
Allocations sociales		20%	
Salarié		1%	
Chômage		9%	
Sans revenus propres		2%	
NIVEAU DE REVENUS		155 (6%)	
<1.000€	n.c.	17%	n.p.
1.000 - 1.500 €		80%	
1.501 - 2.000 €		3%	
2.001 - 2.500 €		0%	
>2.500 €		0%	
AIDANT PROCHE IDENTIFIÉ	63 (4%)	157 (5%)	220 (5%)
Oui	46%	44%	45%
Non	54%	56%	55%
GÉNÉRALISTE / MAISON MEDICALE	40 (39%)	146 (5%)	186 (19%)
Oui	88%	90%	89%
Non	13%	10%	11%
PROFESSIONNEL RELAIS IDENTIFIÉ	66 (0)	158 (4%)	224 (3%)
Oui	35%	47%	43%
Non	65%	53%	57%

Enfin, deux variables nous permettent de nous figurer le premier cercle de professionnels social-santé des personnes, via le fait de disposer d'un-e médecin généraliste attitré (ou d'être inscrit en maison médicale) et d'un-e autre professionnel-le référent-e en matière social-santé. Pas moins de **89% des accompagnements ont concerné des personnes disposant d'un-e médecin généraliste** (pour respectivement 88% et 90% sur les deux périodes) **et une part non**

négligeable de personnes disposaient d'un relais tiers social-santé (43% des accompagnements, pour respectivement 35% et 47% sur les deux périodes). Les données relatives au médecin généraliste s'avèrent très favorables si l'on considère qu'en 2019, le pourcentage moyen d'observance de la patientèle à la pratique de médecine générale était respectivement à Bruxelles-ville et Saint-Gilles de 79% et 76% pour les 65-74 ans et de 81% et 76% pour les 75 ans et plus, d'après des données extraites de l'ATLAS de l'Agence InterMutualiste (<http://www.aim-ima.be/Atlas-AIM>).

b) Contexte du contact préliminaire à l'accompagnement

Le Tableau 12 nous permet, quant à lui, d'appréhender le **cadre dans lequel s'est faite la rencontre** avec le projet qui a débouché sur l'accompagnement de la personne. Pour cela, nous disposons de deux variables distinctes. La première spécifie qui a été à l'initiation de ce contact et la seconde le lieu (ou contexte) dans lequel s'est opéré ce contact.

Sur l'initiation du contact, il faut noter le **grand différentiel** observé entre les deux périodes puisqu'en **période 1, 65% des accompagnements des personnes âgées ont été à l'initiative d'un acteur tiers**, pourcentage qui se partage entre : 9% des partenaires du projet et 56% d'autres acteurs (à savoir services communaux, acteurs de l'aide à domicile, associations ou réseaux de quartier, services ou intervenants seniors, services sociaux, soins à domicile, services hospitaliers, acteurs de la première ligne de soins). **En période 2, 77% des accompagnements ont été à l'initiative des personnes âgées elles-mêmes**. Au départ des données disponibles, il est impossible d'expliquer avec certitude cette évolution **qui est toutefois observée dans les trois projets**. Nous ne pouvons donc qu'avancer plusieurs hypothèses, additionnelles ou concurrentielles. Ceci pourrait ainsi s'expliquer de façon positive par la connaissance plus établie de Zoom Seniors chez les personnes âgées du quartier et/ou par une stratégie des acteurs tiers de référencement plus immédiat des personnes âgées directement vers Zoom Seniors (ces deux hypothèses soutenant la stratégie d'autonomisation des personnes); ou à contrario, dans une logique explicative défavorable, par un moindre référencement opéré par les acteurs de personnes âgées vers le projet (voir la problématique de concurrences potentielles avec les services existants, évoquée dans le point relatif à la description des permanences).

Tableau 12: Caractéristiques de la rencontre avec le projet

<u>Mise en place (2019-20)</u>	<u>Stabilisation</u>	<u>Total (2019-21)</u>
	<u>(2021)</u>	
N=66	N=165	N=231

INITIATEUR DU CONTACT	66 (0)	165 (0)	231 (0)
Personne âgée	27%	77%	63%
Aidant proche	8%	6%	6%
Intervenant dans le projet	9%	5%	6%
Autres	56%	12%	24%

LIEU DU CONTACT	66 (0)	165 (0)	231 (0)
Point de contact du projet	15%	65%	51%
Téléphone	24%	22%	23%
Mail	41%	5%	16%
Domicile de la personne	5%	7%	6%
Autre	9%	1%	3%
Rue	6%	0%	2%

Concernant le lieu de contact, on note également un différentiel dans les résultats entre les deux périodes. Ainsi, **en période de mise en place des points de contact**, ce sont **le mail (42% des accompagnements) et le téléphone (24% des accompagnements)** qui **prédominent** comme canaux, alors qu'**en période de stabilisation** ce sont **les lieux de permanences physiques (65%) et le téléphone (22%)** qui **prédominent**. Ceci traduit essentiellement le **différentiel de modalités de contacts préférentiellement opérées par les professionnels et par les personnes âgées** (données non présentées), à savoir : pour les premiers, le mail dans 46% des cas et le téléphone dans 30%, et pour les secondes les lieux de permanences dans 79% des cas et 16% le téléphone. On notera encore, d'une part le fait que les contacts opérés en rue soient uniquement le fait de professionnels (et nullement le fait de personnes âgées) et d'autre part qu'en première période, les quelques pourcents de la catégorie 'autre' (9%) couvrent essentiellement des contacts opérés dans les bureaux de Zoom Seniors (s'alignant dans une logique de permanence physique).

c) Types de besoins identifiés dans le cadre des accompagnements réalisés

Le Tableau 13 présente de façon synthétique les **grandes catégories de besoins** ayant été identifiées pour chaque accompagnement réalisé auprès des personnes âgées. Il faut d'entrée souligner que chaque accompagnement concerne généralement simultanément plusieurs types de besoins, eux-mêmes concernant souvent plusieurs sous-types à la fois. En ce sens, **l'accompagnement concerne typiquement tout à la fois une variété et une quantité importantes de besoins. Qui plus est, les besoins identifiés relèvent de besoins de base :**

recours aux droits et aides sociaux, logement, activités de la vie quotidienne, santé, mobilité, relations sociales.

Tableau 13: Analyse des besoins

	<u>Mise en place (2019-20)</u>	<u>Stabilisation (2021)</u>	<u>Total (2019-21)</u>
	N=66	N=165	N=231
TYPES DE BESOINS IDENTIFIÉS			
Accompagnement social	44%	75%	66%
Aide pour le logement	27%	38%	35%
Activité de la vie quotidienne	48%	17%	26%
Soins	18%	18%	18%
Activités récréatives et socialisation	17%	5%	9%
Mobilité	6%	8%	7%

Le type de besoins le plus fréquemment rencontré concerne **l'accompagnement social**, puisqu'il est rapporté **dans 66% des cas** (respectivement 44% et 75% pour les deux périodes, et où l'on constate donc **l'explosion de demandes en 2021**). Ce premier type de besoins recouvre les questions administratives, liées aux pensions ou demandes de reconnaissance de handicap, à l'accès aux droits sociaux, aux avantages sociaux, à l'accès bancaire, au recours à la justice. On retrouve ensuite tout ce qui a trait aux **aides concernant le logement et la situation en logement** (qualité du logement et adaptation aux besoins de la personne), **avec 35% des accompagnements concernés**. Ceci inclut les adaptations du logement, la réalisation de petits travaux, la recherche d'un autre logement (en ce compris de MRPA et MRS), l'aide au déménagement ou la récupération de ses affaires, ainsi que l'accompagnement social spécifiquement lié au logement. En troisième lieu, on comptabilise **26% de situations relatives aux activités de la vie quotidienne**, comprenant les demandes d'aide familiale ou ménagère (incluant les titres services), la garde à domicile ou la toilette corporelle. **La question des soins** proprement dits (médecine générale, coordination de soins, soins paramédicaux, santé mentale, autres soins spécialisés, matériel technique) arrive en quatrième position (comme dans les deux autres projets) et **concerne 18% des accompagnements**. Ensuite, on comptabilise **9% d'accompagnements** où des questions relatives **aux activités récréatives ou de socialisation** se posent (formations, activités sportive ou culturelles, lieux de rencontres seniors ou de quartier, investissement dans le bénévolat). On note sur ce type de besoins la nette diminution observée entre la première et la deuxième période, et pour laquelle nous n'avons pas

nécessairement d'explication tranchée. Enfin, **l'enjeu de mobilité** (chèque taxi, transports de loisir, médicaux ou alimentaires) **est identifié dans 7% des cas.**

d) Réponses et actions entreprises par le projet dans le cadre des accompagnements réalisés

Le Tableau 14 décrit les **réponses et actions entreprises par le projet** dans le cadre des accompagnements des personnes réalisés au cours de la période 2019-2021. Pour rappel, un accompagnement est comptabilisé à partir du moment où une analyse des besoins a été réalisée. On note tout d'abord un **taux de réponse fournie dans 95% des accompagnements effectués.** S'il y a donc bien une recherche de réponses largement opérée, ceci n'équivaut pas encore à l'assurance d'une réponse effective aux besoins, notamment puisque la logique du modèle testé dans le cadre de ce pilote repose sur le travail en réseau et le relais vers les acteurs ou services compétents, en vue de répondre à la variété de ces besoins identifiés chez les personnes âgées du quartier. On perçoit justement la multimodalité nécessaire pour répondre à ces divers besoins, au travers de deux indicateurs présentés dans la suite du Tableau 14. Ainsi, **chaque accompagnement aura en moyenne nécessité 2,8 démarches ou actions de la part du projet, allant de 1 à 7 démarches selon la situation spécifique de la personne.**

Mais quelles sont exactement ces démarches ou actions entreprises ? Elles sont regroupées en 9 catégories présentées dans le Tableau 14 (pour une description de chacune de ces 9 catégories, voir l'Annexe 7).

On retrouve tout d'abord **près de 3 demandes sur quatre d'accompagnement (73%) nécessitant une aide administrative.** Une explication très nette de cette situation découlerait de la **tendance lourde depuis la crise sanitaire à la mise en veille, ou à la conditionnalisation d'accès (prise de rendez-vous obligatoire), voire la fermeture définitive, du frontdesk de nombreux services publics (administrations, services sociaux, ...) et privés remplissant des missions de service public (ex : fourniture énergétique, banques, ...), auquel s'ajoute le passage accru à la digitalisation des services - accroissant quant à lui la fracture numérique.** Zoom Seniors, via ses permanences, assurerait à contrario un accès bas seuil aux services. Ce type de demande (aide administrative), déjà très présent en 2019-2020 (56%), a davantage cru au cours de l'année 2021 pour atteindre les 80%.

En deuxième position, on retrouve la **mise en relation des personnes et des services (relais) qui est observée dans 63% des accompagnements.** Pour l'essentiel, la logique opérée ici par Zoom Seniors est celle qui consiste à assurer une "information conjointe à la personne et au

service/institution ciblé" (voir l'Annexe 7, catégorie Relais, 3^{ème} ligne), où donc les deux parties sont informées respectivement de la demande (service) et de l'offre (personne).

En troisième position, vient **l'information** (*communication d'informations globales sur l'existence de services ou lieux d'intérêt pour la personne*) qui va être **prodiguée dans un accompagnement sur deux** (50%).

Les trois types de démarches suivant dans l'ordre de fréquence du Tableau 14 ont connu une **forte croissance entre les deux périodes (mise en place et stabilisation)**. Il s'agit du **suivi des personnes accompagnées** – incluant principalement *un suivi du dossier d'accompagnement jusqu'à l'aboutissement de solutions ou la réalisation de contacts téléphoniques ou par mail pour vérifier que les relais ont été fait* ; et plus marginalement *une visite spécifique à domicile pour vérifier que les relais ont été fait ou encore une visite à l'hôpital, en MRPA... dans des situations de crise ou de changement important pour la personne âgée concernée*). Ce suivi a été opéré **dans 35% des accompagnements, et est passé de 6% à 47% entre les deux périodes**. Il s'agit aussi de l'**accompagnement psychosocial** des personnes (**30% des accompagnements, étant passés de 0% à 44%**) - celui-ci couvre des *situations de personnes isolées, ayant besoin d'être écoutées plus que de recevoir une information ou des services spécifiques*. Et il s'agit enfin de la **prise de rendez-vous** (*par mail ou téléphone pour concrétiser un rendez-vous médical, social ou avec tout autre service d'utilité*) pour la personne avec **28% des accompagnements**, étant passés de 6% à 37%. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette explosion du pourcentage de suivi, d'accompagnement psychosocial et de prise de rendez-vous entre les deux périodes. Elle peut être le fait des personnes accompagnées (besoins et/ou ressources traduisant une situation plus défavorable en termes de niveau d'autonomie de la personne) ; du projet Zoom Seniors lui-même (évolution des pratiques liée au changement de personne réalisant l'accompagnement et/ou différentiel d'encodage de cette activité) ; ou du contexte socio-sanitaire (caractérisé par une saturation des services tiers).

Tableau 14: Réponse fournie et actions entreprises

	<u>Mise en place (2019-20)</u>	<u>Stabilisation (2021)</u>	<u>Total (2019-21)</u>
	N=66 (0)	N=156 (6%)	N=222 (4%)
REPONSE FOURNIE	97%	94%	95%
NOMBRE DE DEMARCHES & ACTIONS ENTREPRISES			
Moyenne	1,9	3,6	2,8
Minimum – Maximum	1-6	1-7	1-7

TYPES DE DEMARCHES & ACTIONS ENTREPRISES			
Aide administrative	56%	80%	73%
Relais	66%	62%	63%
Information (flyer, ...)	9%	68%	50%
Suivi du dossier (mail, tel)	6%	47%	35%
Accompagnement psychosocial	0%	44%	30%
Prise de rendez-vous	6%	37%	28%
Visite à domicile	41%	11%	20%
Accompagnement physique de la personne	13%	1%	5%
Traduction/ Interprétariat	0%	3%	2%
SERVICES SOLLICITES ou REFERES			
Activités de la vie quotidienne	48%	58%	55%
Aides & assistance sociales (droits de base)	16%	22%	20%
Acteurs & services de santé	13%	14%	13%
Aide informelle	31%	0%	10%
Zoom Seniors	2%	14%	10%
Socio-culturel	19%	5%	9%

A l'inverse, on note **deux types de démarches moins réalisées entre la première et la deuxième période**. Il s'agit des **visites à domicile** - quelles soient *initiées par un service/intervenant ou à la demande de la personne (entourage)* - (20% des accompagnements, étant passés de 41% à 11%) et de l'**accompagnement physique de la personne** à un rendez-vous socio-sanitaire (5% des accompagnements, étant passés de 13% à 1%). Un élément explicatif déterminant, mais non exclusif, selon nous, constitue **l'absence puis le non-remplacement du poste de facilitation seniors**. En dernier lieu, on retrouve **en 2021** (2^{ème} période) quelques demandes relatives à la **traduction de courriers, documents individualisés (3% des accompagnements)**.

Enfin, la dernière section du tableau présente **les services sollicités ou référés à la personne dans le cadre de cette réponse fournie**.

Dans **plus d'un cas sur deux, des services soutenant les activités de la vie quotidienne** auront été sollicités (55% des accompagnements). Ils couvrent les services d'aide à domicile, d'accompagnement en logement, d'adaptations du logement, ou de relogement, les services de transport, les services seniors, les administrations publiques. Viennent ensuite **les acteurs de l'aide et assistance sociales, à hauteur de 20% des accompagnements**, couvrant les CPAS

et autres services sociaux, les services d'aide juridique, administrative ou alimentaire, la police et les fournisseurs d'énergie, assurance, et les banques. En troisième lieu, se situent **les acteurs du soin (13% des accompagnements)** qui couvrent la première ligne, les services de soins à domicile, les services spécialisés et hospitaliers, les mutuelles et les pharmaciens. Demeurent **deux catégories ayant connu une forte chute de sollicitation entre la période de mise en place et celle de stabilisation ; il s'agit de l'aide informelle (passée de 31% à 0%) et des acteurs du secteur socioculturel (passés de 19% à 5%)**. Si les besoins en matière récréative et culturelle ont certes également diminué entre ces deux périodes (voir le Tableau 13), il nous est plus difficile d'expliquer la chute drastique de sollicitation de l'aide informelle (services ou initiatives bénévoles) pour l'année 2021. Enfin, on notera la **hausse significative de réponses directement assurée par Zoom Seniors au cours de l'année 2021 (14%), par rapport à la première période de mise en place du projet (2%)**. A ce propos-ci, on renverra le lecteur aux mêmes hypothèses, formulées dans le précédent paragraphe, relatives à une prise en charge directement opérée par le projet, au lieu de la mise en relation des personnes accompagnées avec des acteurs ou services tiers de l'aide.

IV. ANALYSE TRANSVERSALE RÉALISTE DES MODÈLES INTÉGRÉS D'AIDE ET DE SOINS DE PROXIMITÉ VISANT LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES

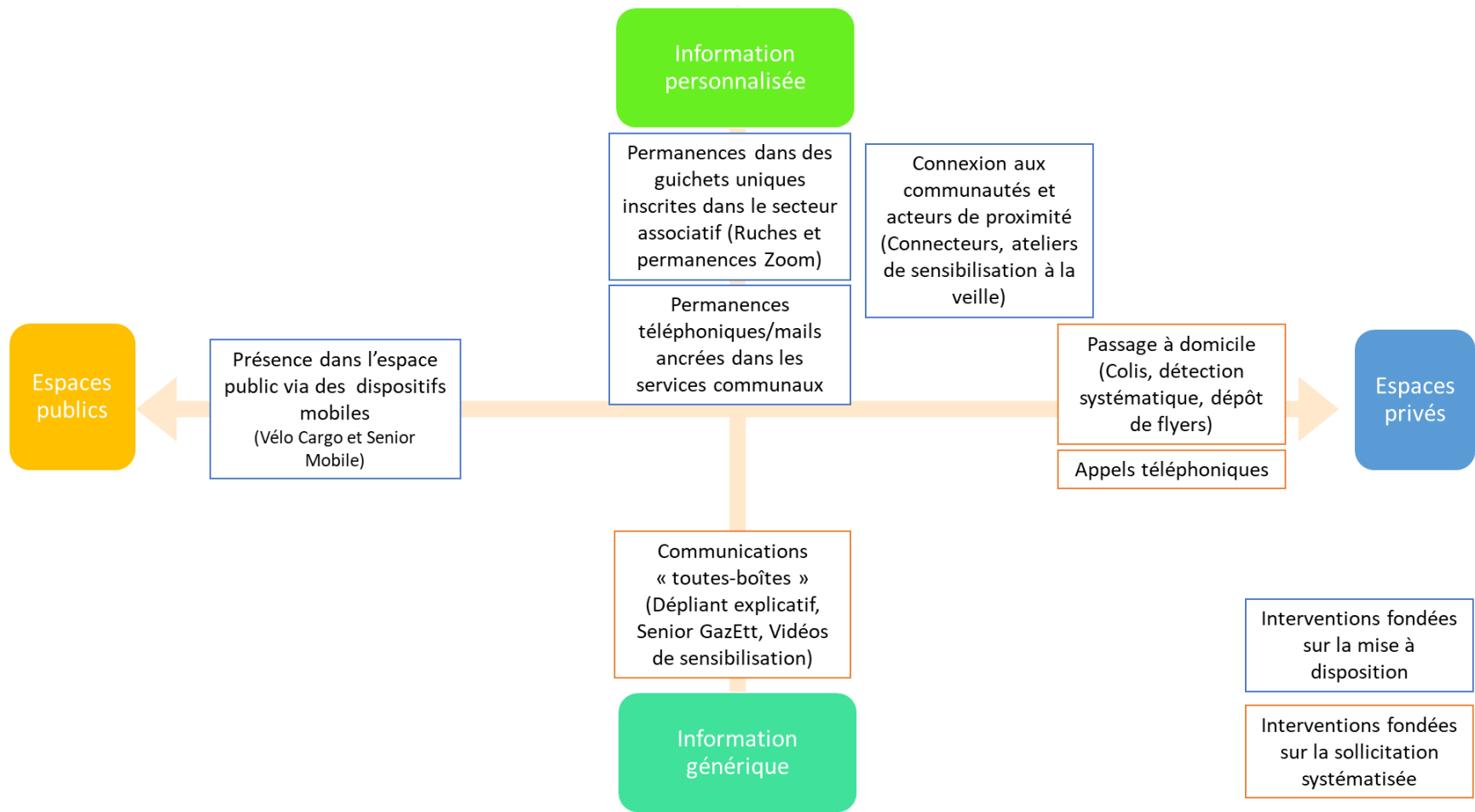
La troisième partie de ce rapport propose une analyse réaliste transversale des trois projets. Nous avons identifié les similitudes et les différences entre les projets pilotes (analyse inter-cas) afin de mettre en évidence les interventions (I) qui favorisent effectivement selon les acteurs le maintien à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions (O), pour qui et avec qui (A), dans quel(s) contexte(s) (C) et comment (M). Afin d'affiner progressivement une « théorie de programme » relative aux modèles intégrés d'aide et de soins de proximité visant les seniors, des configurations de type « ICAMO » (Interventions – Contexte – Acteurs – Mécanismes - Outcomes) – une par objectif des modèles intégrés d'aide et de soins de proximité pour les seniors – sont présentées dans ce chapitre : 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.

A. Entrer en contact et détecter les seniors en situation de fragilité pour visibiliser l'offre auprès d'eux

1) Interventions (I)

Les trois projets-pilotes ont déployé comme nous l'avons vu dans les monographies des interventions très diversifiées afin de détecter les seniors en situation de fragilité, d'entrer en contact avec eux et de visibiliser l'offre disponible. Nous proposons ici une première typologie des interventions organisée autour de 2 axes : d'une part, le caractère plutôt personnalisé ou plutôt générique du contact ; d'autre part, le mode d'investissement d'espaces plutôt publics ou plutôt privés des seniors. Certaines interventions que nous avons qualifiées de « **Toutes boîtes** », comme le dépliant explicatif et la Senior GazEtt développés par Senior Solidarité ou les vidéos de sensibilisation de CitiSen visent à montrer aux seniors l'éventail de l'offre de soutien auquel ils peuvent prétendre : ces prises de contact sont plutôt génériques, et elles sont

déployées à la fois dans les espaces privés (boîtes aux lettres) et publics (distribution, diffusion sur les réseaux sociaux). Les **Dispositifs mobiles** (Vélo Cargo de Zoom Seniors et CitiSen et Senior Mobile de Senior Solidarité) fondent quant à eux leur intervention sur la présence dans l'espace public. Ils mettent à disposition des informations génériques mais constituent également une occasion potentielle d'un contact plus personnalisé avec le senior. Les **Permanences au sein de guichets uniques** telles qu'implémentées par Zoom Seniors ou telles que matérialisées dans les Ruches de CitiSen constituent un autre type d'intervention qui mise sur ce caractère personnalisable du contact. Elles s'inscrivent **dans des lieux-tiers** (le plus souvent dans des associations existantes) qui n'appartiennent ni au domicile du senior ni à l'espace public et misent sur des binômes professionnels-volontaires. Les **Permanences téléphoniques** telles qu'elles ont été mises en place par Senior Solidarité sont en quelque sorte une variante de ces permanences au contact personnalisable, mais elles sont **ancrées dans les services communaux** plutôt que dans les communautés. Zoom Seniors en propose également, à partir de ses propres bureaux. D'autres dispositifs vont davantage miser sur l'ancrage dans les espaces plus personnels et privés du senior. Il s'agit des interventions qui font appel à la **Connexion avec des relais communautaires ou des acteurs de proximité**. Nous reviendrons plus loin sur les nuances qui différencient ces initiatives, mais nous avons rangé sous ce type d'intervention les Connecteurs CitiSen, les Ateliers de sensibilisation à la veille que Zoom Seniors organise pour les gardiens de la paix, agents et concierges des services de logements sociaux, ainsi que les tentatives d'implication des commerçants. Outre un ancrage dans les espaces plus privatifs des seniors, ces dispositifs tendent également à personnaliser la prise de contact. Enfin, une dernière catégorie de dispositifs (Colis, détection systématique, dépôt de flyers) va impliquer un **Passage au domicile** des seniors afin d'y délivrer des informations génériques sur l'éventail de l'offre mais potentiellement aussi déboucher sur un contact plus personnalisé. Dans le cas du dispositif mis en place par Senior Solidarité, le processus était systématisé : la sélection du public visé s'effectuait sur base de critères prédéterminés et la visite était encadrée par un protocole.



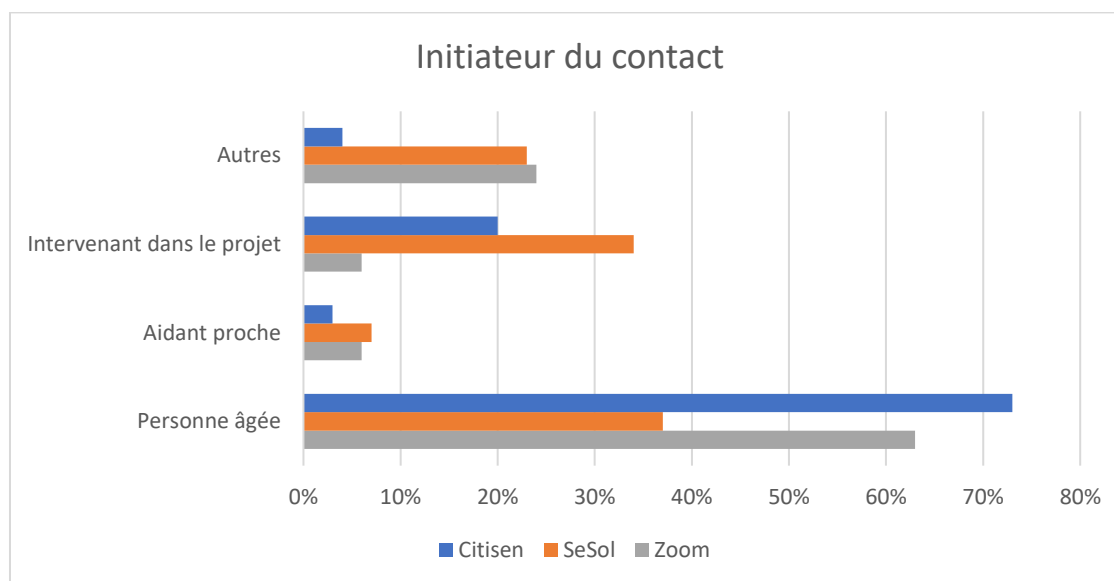
Chacun des projets-pilotes a combiné ces différentes catégories d'interventions. On peut cependant considérer que pour entrer en contact et détecter les seniors en situation de fragilité et pour visibiliser l'offre auprès d'eux, CitiSen a davantage misé sur les Permanences au sein de guichets uniques (Ruches) et sur la Connexion avec des relais communautaires ou des acteurs de proximité. Pour sa part, Senior Solidarité a investi plus spécifiquement le Passage à domicile et les Permanences téléphoniques au départ de l'antenne communale Contact+ (tout en offrant également des Communications toutes boîtes).

Pour schématiser ces deux modèles de détection et prise de contact avec les publics concernés, nous parlerons d'un modèle fondé d'un côté sur une **Flexibilité ancrée dans la communauté** (médiée par les relais de type connecteurs et des lieux tiers de type guichet) et de l'autre d'un modèle fondé une forme de **Systematicité structurée par les institutions** (le passage à domicile complété par une permanence téléphonique est fortement ancré dans les services communaux qui mobilisent leurs ressources à cette fin). Zoom Seniors, de par l'accent mis sur ses propres Permanences et sur les Ateliers de sensibilisation à la veille, se rapproche plutôt du premier modèle mais présente une certaine hybridité comme nous allons le voir.

2) Outcomes (O)

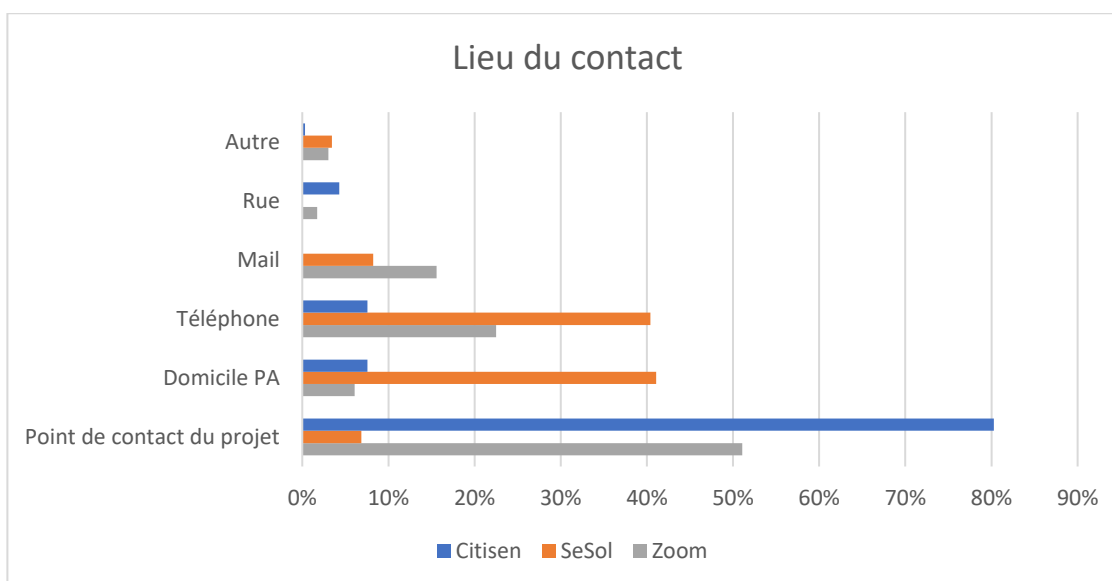
Cette différence d'approche entre les dispositifs se lit notamment dans les chiffres relatifs aux opérations effectuées par chacun des projets : chez CitiSen et Zoom Seniors, les contacts ont à plus de 70% été initiés par les seniors ou les aidants proches eux-mêmes tandis que chez Senior Solidarité, les contacts se répartissent entre les intervenants du projet (un tiers des contacts) et les usagers eux-mêmes (44%).

Tableau 15- Catégories d'initiateurs du contact par projet (en % des opérations)



Le lieu du contact reflète également l'accent mis par CitiSen sur le guichet unique tandis que Senior Solidarité est entré en contact avec ses usagers par un assemblage d'interventions à domicile et de permanences téléphoniques. Ces dernières ne sont pas ancrées comme nous l'avons vu dans les lieux fréquentés par les seniors ou dans les relais communautaires mais dans le service communal Contact+. Zoom Seniors présente de ce point de vue comme on le voit sur le graphique une combinaison de contacts reçus via ses permanences en guichet unique et par téléphone. Les interventions dans l'espace public (type Vélo Cargo ou Senior Mobile) semblent avoir un impact nettement plus marginal sur les prises de contact.

Tableau 16- Lieu du contact par projet (en % des opérations)



Sur le plan qualitatif, et même s'il faut rester prudent en raison du petit nombre d'entretiens que nous avons pu mener et de leur mode de recrutement (via les coordinateurs eux-mêmes), les seniors et leur entourage semblent globalement satisfaits des informations reçues et soulignent l'intérêt d'un nouvel acteur qu'ils peuvent mobiliser afin d'être orientés quel que soit leur besoin. Ils apprécient également le caractère personnalisé de l'information reçue (son caractère sélectif en fonction de leur situation) et se montrent moins sensibles à des informations génériques délivrées par écrit en « toutes boîtes » ou via les dispositifs mobiles : les dépliants explicatifs sont le plus souvent passés inaperçus auprès de nos répondants, la GazEtt semble peu mobilisée, et les vidéos trop peu diffusées. Ils confondent en revanche les intervenants entre eux, donnant à penser que si le projet-pilote en tant que tel est mieux connu¹², l'objectif de visibilité de l'éventail de l'offre de soutien chez ces acteurs n'est pas atteint.

Du côté des intervenants des projets contactés par entretien ou Policy Delphi, les Ruches et les Connecteurs de CitiSen ainsi que les Permanences et Ateliers de sensibilisation organisés par Zoom Seniors sont généralement appréciés en raison de leur capacité à détecter et à connecter le projet à des personnes âgées en situation de fragilité qui ne fréquentent pas forcément les autres services. En deuxième période, pour rappel, 86% des interventions menées par CitiSen et 53% des interventions menées par Zoom Seniors l'étaient auprès de seniors n'ayant pas de relais social-santé préalable (hors considération du médecin généraliste présent comme nous l'avons vu dans une grande proportion des cas traités par les projets). Les intervenants de Senior Solidarité louent quant à eux le gain en visibilité et la capacité des détections précoces systématiques à toucher un public qui « ne sort pas forcément mais a tout autant de besoins ». 76% des interventions de Senior Solidarité l'ont été en effet auprès de personnes n'ayant pas de relais social-santé préalable (toujours hors considération du médecin généraliste).

Le modèle de la **Flexibilité ancrée dans la communauté** (médiée par les relais de type connecteurs et des lieux tiers de type guichet) et le modèle fondé sur la **Systematicité structurée par les institutions** (ancré dans les services communaux qui mobilisent leurs ressources à cette fin) semblent donc appréciés pour leur capacité de détection des personnes fragiles, même si la visibilité de l'offre (en tout cas auprès des seniors) ne semble s'opérer

¹² Au total, les trois projets connaissent un taux de croissance des interventions de 94% entre la période 1 et la période 2. Ceci peut résulter effectivement d'une plus grande visibilité du projet, ce dont semble témoigner l'augmentation générale du nombre de contacts pris à l'initiative des personnes elles-mêmes mais pourrait également être lié à une intensification du nombre d'interventions par senior rencontré.

qu'en fonction d'informations personnalisées : les seniors ne mobilisent que très peu les outils génériques destinés à leur faire prendre connaissance de l'éventail des possibilités.

Il faut néanmoins souligner un différentiel important entre modèles en termes de nombres de contacts par opération menée et en termes de taux de croissance de ceux-ci, en faveur du modèle de la Flexibilité ancrée dans la communauté :

	CitiSen	Senior Solidarité	Zoom Seniors	Total
Nombre d'interventions	304	146	231	681
<i>Taux de croissance entre période 1 et 2 (en %)</i>	84%	47%	150%	94%
Âge moyen	65,4 ans	79,5 ans	71,7 ans	70,5
Âge min-max	27-92	51-101	35-93	27-101
% d'hommes	30%	21%	24% ¹³	26%
% personnes vivant seules	43%	80%	87%	66%
% allophones ¹⁴	51%	1%	39%	37%
% personnes localisées dans le quartier du projet	93%	64% ¹⁵	100%	89%
% personnes ayant un revenu inférieur à 1500€ ¹⁶	X	60%	97%	X
% personnes ayant un médecin généraliste ¹⁷	94%	97%	89%	93%

Les caractéristiques des opérations correspondent à la fois aux publics visés par les différents projets et aux stratégies mises en œuvre pour y parvenir. La première configuration permet

¹³ Notons que pourcentage de femmes a fortement augmenté entre la première et la seconde période pour Zoom (de 59% (39 en nombre absolu) à 83% (135) des interventions).

¹⁴ Parmi les interventions menées, le pourcentage d'allophones a diminué pour CitiSen en seconde période (le nombre absolu d'interventions auprès de personnes allophones reste cependant important, passant de 90 à 66) alors qu'il connaissait une forte augmentation pour Zoom Seniors (passant de 17 à 76 interventions auprès d'allophones).

¹⁵ Notons cependant que pour Senior Solidarité, 98% des interventions sont opérées auprès de résidents de la commune.

¹⁶ Les revenus proviennent majoritairement de la pension (60% des bénéficiaires pour CitiSen et Zoom Seniors, mais 87% pour Senior Solidarité); des allocations handicap/mutuelle (25% pour CitiSen, 10% pour Zoom Seniors, 3% pour Senior Solidarité); des allocations du CPAS (7 et 6% pour CitiSen et Senior Solidarité mais 20% pour Zoom Seniors).

¹⁷ Ces pourcentages sont tous supérieurs à ceux observés pour les seniors dans les communes concernées.

d'atteindre plus de diversité (inclusion plus grande d'hommes, de personnes allophones, d'une plus grande diversité en termes d'âge) tandis que la seconde touche plus les personnes isolées. Il est intéressant de noter que l'un des principaux reproches adressés à Zoom Seniors par certains de ses intervenants est son manque de systématisme dans ses démarches et dans l'évaluation de celles-ci, tandis que la principale critique adressée par les participants du Delphi à Senior Solidarité tient à son manque d'ancrage dans les réseaux communautaires. Les deux modèles semblent ainsi renvoyés dos-à-dos dans leurs atouts et inconvénients. Il semble dès lors important de caractériser l'implication des acteurs concernés et de réintroduire les conditions de contexte permettant de comprendre les chemins empruntés par l'un et l'autre.

3) Acteurs (A) et contexte (C)

Comme les monographies l'ont montré, les types d'acteurs impliqués et les défis auxquels ils font face pour détecter les personnes âgées sont assez différents d'un projet-pilote à l'autre. Dans cette partie, nous nous limiterons à mettre l'accent sur les caractéristiques de ces acteurs (A) et de ces contextes (C) ayant favorisé tel ou tel modèle de prise de contact. Le premier modèle, celui de la **Flexibilité ancrée dans la communauté** (médiée par les relais de type connecteurs et des lieux tiers de type guichet) est porté à CitiSen par un acteur associatif très ancré dans les dynamiques de quartier interculturelles et dans le réseau informel (A). La portée géographique limitée du projet (C) semble également avoir favorisé la mobilisation des relais communautaires et la concentration des ressources humaines disponibles dans trois Ruches. Enfin, le type de détection et de prise de contact envisagé se définit par rapport à une population très diversifiée sur le plan socio-culturel (C), précaire sur le plan financier (C), souffrant de problématiques de santé entraînant des formes de dépendance importantes (C) mais encore relativement jeune (C) et susceptible de se déplacer dans des lieux communautaires (C), très développés dans le quartier étant donné un secteur associatif dense (A).

Par comparaison, le modèle de la **Systématicité structurée par les institutions** (ancré dans les services communaux qui mobilisent leurs ressources à cette fin) tel qu'il est réalisé par le projet Senior Solidarité est porté par la Commune (A). Celle-ci a mis à disposition les ressources notamment en matière d'information permettant d'appliquer des critères de détection de la fragilité de manière systématique à toute la population des quartiers concernés. Elle a également fourni les locaux et ressources en matière de communication pour favoriser la permanence téléphonique. Le contexte est lui aussi bien différent du premier : si la grande précarité n'est pas absente des deux quartiers visés (les plus pauvres de la commune), elle est néanmoins moins

importante que dans les zones visées par les deux autres projets-pilotes (C). L'hétérogénéité culturelle est également beaucoup plus faible avec une toute grande majorité de résidents possédant la nationalité belge (C). Enfin, la population est plus âgée, plus isolée et donc moins susceptible d'être attachée à des réseaux communautaires ou de fréquenter l'espace public (C). Les caractéristiques des acteurs impliqués ainsi que les éléments de contexte permettent de comprendre le caractère plus hybride de la démarche empruntée par Zoom Seniors ainsi que certaines phases de transition. Nous l'avons vu, Zoom Seniors se rapproche davantage du premier modèle. Néanmoins, comme le montre la monographie, l'organisation des permanences s'est notamment heurtée à la concurrence entre acteurs (C) et aux restrictions imposées par le Covid (C). Par ailleurs, en raison de la portée géographique du projet (5 quartiers, 3 zones, 2 communes), Zoom Seniors ne pouvait compter pour la détection sur la même densité associative dans toutes les zones concernées (C). Les réseaux d'entraide entre voisins étaient aussi inégalement développés selon les zones (C). Dans un contexte de limitation des ressources humaines (C), mener de front dans toutes les zones et tous les quartiers visés une stratégie fondée sur l'ancrage communautaire s'est avéré un défi difficile à relever. Le porteur de projet lui-même est engagé et issu du secteur associatif mais peu connecté aux publics diversifiés et précaires financièrement qui sont visés par le projet (A). Compte tenu de l'implication de la commune, du CPAS et des services de logements sociaux dans le projet, ce sont donc les gardiens de la paix, agents et concierges des services de logements qui ont été mobilisés en tant que connecteurs et relais de proximité (A). Complémentairement, une stratégie empruntée au second modèle, plus systématisée et soutenue par les services communaux et associatifs, a été utilisée pendant le Covid, sous la forme de distribution de colis. Des permanences téléphoniques sont également venues pallier la dispersion géographique des permanences physiques et la difficulté à les maintenir avec une fréquence suffisante dans un contexte de ressources humaines limitées.

4) Mécanismes (M)

Les monographies réalisées sur chacun des projets-pilotes nous ont également permis de mettre au jour certains des mécanismes ayant favorisé la détection des seniors en situation de fragilité et la connexion de ceux-ci aux dispositifs.

Investir les différents lieux-clés de la vie de la personne âgée est une stratégie qui a été poursuivie par les différents projets. Chacun d'entre eux a plus particulièrement investi les lieux qui correspondaient à son public-cible (plutôt diversifié ou plutôt homogène ; plutôt mobile

et/ou connecté à la communauté ou plutôt isolé à domicile), à son contexte d'exercice (notamment en fonction des réseaux de solidarité mobilisables), et aux ressources mobilisables par les acteurs impliqués (p. ex. la connexion aux acteurs de quartier pour les associations, accès aux données de manière systématisée pour les communes). Nous avons repéré deux combinaisons d'interventions essentiellement : (1) Permanences dans des guichets uniques inscrites dans le secteur associatif et Connexion aux communautés et acteurs de proximité (modèle de la Flexibilité) et (2) Passage à domicile systématisé et Permanences téléphoniques/mails ancrés dans les services communaux (modèle de la Systématicité). Au regard des chiffres disponibles et dans leur mouture actuelle, les Dispositifs mobiles ne semblent pas avoir généré une proportion importante d'intervention mais ils sont considérés comme une alternative plausible aux Permanences dans les guichets uniques fixes par certains acteurs confrontés à un territoire étendu tel que celui de Zoom Seniors.

Visibiliser l'offre en délivrant une information personnalisée, au plus proche des besoins, est la stratégie qui est la plus souvent mise en avant dans les trois projets. Les interventions de type « Communications toutes-boîtes » visant uniquement à diffuser des informations génériques présentant l'ensemble de l'offre n'ont pas été jugées particulièrement performantes par nos répondants, mais il faut souligner qu'aucune évaluation systématique de leur efficacité auprès des publics n'est disponible.

Veiller à l'accessibilité physique des lieux et modalités de contact est également l'un des principes qui a guidé l'action des différents projets. Senior Solidarité a ainsi misé sur le domicile grâce aux données dont il disposait, tandis que CitiSen a réparti plusieurs guichets dans un espace restreint tout en « diffusant » sur le territoire ses connecteurs. Zoom Seniors a rencontré plus de difficultés en la matière en raison de l'étendue beaucoup plus grande de son territoire qui ne lui permettait pas d'assurer une répartition serrée des lieux de permanences et secondairement en raison de sa topographie (dénivelés importants dans certains quartiers). Assurer la visibilité des lieux est également apparu comme un paramètre important de l'accessibilité physique de ces guichets uniques.

Assurer le confort et la convivialité des modalités de contact est également apparu comme un mécanisme important : les seniors et leurs aidants ne viennent pas seulement s'enquérir de façon instrumentale d'une information, ils cherchent aussi à tisser des liens. De même, les colis offraient des informations et des « goodies » destinés à entrer en relation au-delà de la volonté de transmettre une information.

Travailler sur l'acceptabilité sociale des modalités de contact est considéré comme essentiel au rapport de confiance qu'entretiennent les personnes avec les dispositifs, particulièrement

dans les contextes multiculturels. Cela s'est effectué ici à travers la construction et l'ancrage du relationnel dans le quartier (avec ses spécificités), à travers l'image d'ouverture que renvoie l'association-hôte lorsqu'il s'agit d'y organiser des permanences et sa congruence avec le projet, à travers l'implication de personnes représentatives des minorités culturelles visibles et maîtrisant les codes culturels associés, à travers le déploiement de supports dans différentes langues et selon différentes modalités (vidéos, textes, etc.).

S'assurer de l'adhésion et de l'engagement approprié d'acteurs complémentaires et diversifiés dans le travail de prise de contact s'est avéré également crucial pour les projets. Du côté des professionnels, nos répondants insistent sur la nécessité de *se décentrer par rapport à leur métier et à leurs cadres de travail habituel* – ce qui serait favorisé par l'immersion dans le terrain et le travail en binôme avec des volontaires – et par un travail d'intéressement au projet à réaliser auprès des responsables de services afin qu'ils acceptent de mettre à disposition leur personnel. L'*absence d'arbitraire dans la sélection des acteurs faisant partie de l'éventail de l'offre* disponible à présenter est également présenté comme une condition de l'engagement d'intervenants diversifiés. Du côté des volontaires, on insiste sur la *reconnaissance* de leur apport qui peut passer par un vrai travail partenarial avec les professionnels (les volontaires ne seraient dans ce cadre « pas des assistants » des professionnels), par une rémunération, une reconnaissance dans le cadre d'un processus d'insertion. Des dispositifs de *capacitation* (formations, charte éthique) et une *convention* fixent un cadre à leur intervention (« ne pas faire à la place de », accepter les refus, etc.) dans le cas de CitiSen par exemple. L'implication de volontaires et connecteurs issus eux-mêmes de catégories fragiles exige également beaucoup de *souplesse dans la gestion* de leur engagement parfois volatile et un *investissement chronophage dans le maintien de la communication*.

5) Analyse ICAMO « Entrer en contact et détecter les seniors en situation de fragilité pour visibiliser l'offre auprès d'eux »

Interventions (I) Contact générique --- personnalisé Espaces publics --- privés <ul style="list-style-type: none"> • Toutes boîtes • Dispositifs mobiles • Permanences au sein de guichets uniques dans des lieux-tiers • Permanences téléphoniques ancrées dans les services communaux • Connexion avec des relais communautaires ou des acteurs de proximité • Passage au domicile 		
Configuration 1 : Flexibilité ancrée dans la communauté (guichet/connecteurs)	Hybridation	Configuration 2 : Systématicité structurée par les institutions (domicile/téléphone)
Acteurs (A)		
<ul style="list-style-type: none"> • Porteur: Acteur associatif très ancré dans les dynamiques interculturelles et le réseau informel • Secteur associatif dense 	<ul style="list-style-type: none"> • Porteur: Acteur associatif engagé mais peu connecté aux publics précaires et diversifiés et aux communautés • Implication d'acteurs institutionnels (Commune, CPAS, Services logements sociaux) 	<ul style="list-style-type: none"> • Porteur: Commune => mise à disposition de données, de locaux, de ressources en communication, filtrage des acteurs associatifs
Contexte (C)		
<ul style="list-style-type: none"> • Population multiculturelle, précaire, avec formes de perte d'autonomie importantes malgré la jeunesse, assez mobile et peu isolée • Portée géographique limitée => concentration des RH et mobilisation des relais communautaires • 	<ul style="list-style-type: none"> • Population: hétérogénéité selon territoires, multiculturalité et précarité • Portée géographique large => hétérogénéité de la densité associative et des réseaux d'entraide; difficulté à répartir les RH de façon continue sur tout le territoire pour un engagement communautaire • Permanences limitées par les concurrences entre acteurs et les restrictions Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Population: précarité moins marquée, hétérogénéité culturelle faible, population plus âgée, plus isolée, moins mobile • Portée géographique intermédiaire - pouvant s'élargir (passage vers l'échelle communale) => mais sous-utilisation des ressources associatives et bénévoles
Outcomes (O)		
<ul style="list-style-type: none"> • Plus de 70% des contacts initiés par les seniors ou les aidants proches eux-mêmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiative des contacts répartie entre les usagers (63%) et des acteurs tiers (24%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiative des contacts répartie entre les intervenants du projet (un tiers des contacts) et les usagers (37%)

<ul style="list-style-type: none"> • Lieu du contact: majoritairement les guichets • Atteinte des publics fragiles jugée satisfaisante • Nombre et taux de croissance des opérations élevés (facteur 1,8) • Plus de personnes issues de la diversité atteintes 	<ul style="list-style-type: none"> • Lieu du contact : permanences et téléphone • Atteinte des publics fragiles jugée satisfaisante • Nombre et taux de croissance des opérations élevés (facteur 2,5) • Plus de personnes isolées et en situation de précarité économique atteintes 	<ul style="list-style-type: none"> • Lieu du contact: domicile et téléphone • Atteinte des publics fragiles jugée satisfaisante • Nombre et taux de croissance des opérations peu élevés (facteur 1,4) • Plus de personnes isolées atteintes
--	--	--

Mécanismes

- Investir les différents lieux-clés de la vie de la personne âgée
- Visibiliser l'offre en délivrant une information personnalisée
- Veiller à l'accessibilité physique
- Assurer le confort et la convivialité
- Travailler sur l'acceptabilité sociale
- S'assurer de l'adhésion et de l'engagement approprié d'acteurs complémentaires et diversifiés
 - se décentrer par rapport au métier et aux cadres de travail habituel
 - éviter l'arbitraire dans la sélection des acteurs faisant partie de l'éventail de l'offre
 - reconnaître l'apport (dans le cadre d'un travail partenarial, d'une rémunération et/ou d'un parcours d'insertion)
 - capaciter les acteurs (formations, chartes, etc.)
 - conventionner le cadre des interventions
 - faire preuve de souplesse dans la gestion des engagements des acteurs
 - investir dans le maintien de la communication sur ces engagements

B. Favoriser un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire

1) Interventions (I)

Les besoins des seniors sont variés et les réseaux locaux le sont tout autant. Les trois projets-pilotes ont développé plusieurs catégories d'interventions afin de mettre en évidence et en correspondance les uns et les autres, de contribuer à leur dynamique, et de favoriser ainsi un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire.

Les projets-pilotes vont ainsi développer des **Outils d'évaluation des besoins et ressources du senior** (chez Senior Solidarité, la Fiche d'analyse de situation, chez CitiSen la Fiche d'identification et la carte réseau du senior, le Questionnaire de demande des besoins des seniors pour les permanences des Ruches et la Fiche d'identification aidant proche). Ces outils vont servir à la fois à identifier les besoins et à enregistrer le senior dans le projet (ainsi que les suivis opérés). Ces outils développés couvrent une large gamme de besoins (intervention sociale, intervention sur le logement, soins à domicile, besoins médicaux, aide pour les déplacements, activités sociales, loisirs, langues, TIC'S, équipement adapté à la perte motrice, sécurité). Deux éléments les distinguent. Premièrement, ils prennent des formes différentes : la Fiche d'analyse de situation de Senior Solidarité se présente davantage comme une *anamnèse des facultés* cognitives, de la sphère émotionnelle, etc. *que le professionnel va réaliser* au sujet de la situation du senior *dans la perspective de faire émerger des besoins éventuellement non exprimés* tandis que les outils développés par CitiSen vont *interroger le senior sur sa demande et ses ressources* dans ses différentes sphères de vie. Deuxièmement, les outils développés par CitiSen se singularisent par l'importance qu'ils donnent à la *prise en compte du réseau personnel du senior* et des ressources qu'il offre (carte réseau du Senior). *Ces différences matérialisent en quelque sorte des formes de rapport professionnel-senior différentes, ce dernier étant davantage considéré comme acteur de son projet et de son réseau dans le dernier cas.*

Le maillage des besoins et des soutiens disponibles a poussé les projets à développer également des **Outils à visée d'orientation**, dont la fonction est à la fois de favoriser la lisibilité des réseaux existants et de permettre une meilleure correspondance entre besoins et soutiens. CitiSen a pour sa part investi dans des outils de type « répertoire » : une Cartographie des ressources locales formelles et informelles, établie notamment en sollicitant les habitants pour l'ajout de leurs « bonnes adresses », a débouché sur la création d'un répertoire en ligne établi en collaboration avec l'asbl SAM et organisé en fonction des catégories de besoins identifiées.

Chez Senior Solidarités et Zoom Seniors, des répertoires existaient déjà dans les territoires concernés et la volonté a été de mettre plutôt l'accent sur l'orientation proprement dite en articulant les répertoires existants et en développant des « arbres décisionnels » spécifiques aux seniors, qui établissent les services vers lesquels les diriger. Deux types d'arbres décisionnels ont été développés en parallèle et utilisés par Zoom Seniors : dans l'une des deux communes, l'arbre décisionnel est organisé en fonction des catégories de besoins identifiés chez le senior tandis que dans l'autre, l'arbre est organisé en fonction de la situation administrative de la personne et de la structure de l'offre telle qu'elle est approuvée par la Commune. *Les outils d'orientation se distinguent donc par leur forme (répertoire ou arbre décisionnel), leur degré de publicité et leurs usagers (en ligne ou outil décisionnel pour professionnels), leur structure (en fonction des catégories de besoin ou en fonction des catégories administratives des seniors).*

Afin d'assurer une couverture globale, intégrée et multidisciplinaire des besoins identifiés, les projets avaient également pour tâche de dynamiser les réseaux locaux. Dans les monographies, nous avons vu que cela comprenait à la fois le maillage des acteurs de la santé et de l'accompagnement social et celui des acteurs formels et informels

Du côté des interventions visant le **maillage des acteurs (professionnels de la santé-de l'accompagnement social ; acteurs formels-informels)**, CitiSen a largement misé sur la réalisation en commun d'activités du projet sur le terrain (binôme professionnel/bénévole dans les Ruches, actions de détection en rue menée avec des acteurs de la santé et le réseau des Connecteurs, etc.). À un niveau plus « méso »-organisationnel, c'est également l'action elle-même qui a servi de catalyseur au maillage des acteurs : la chargée de projet a ainsi sollicité régulièrement les organisations actives dans la santé et l'accompagnement social autour d'actions communes (les goûters thématiques par exemple) et s'est impliquée en retour dans les différentes plateformes et les autres projets existant sur le territoire. Chez Senior Solidarité, c'est la présence du Zorgcoach sur le terrain et l'arbre décisionnel précité qui sont les points focaux du lien entre les acteurs au sein du projet. Ainsi, les acteurs informels forment un réseau déjà existant, qui n'est pas directement partenaire du projet mais qui est identifié et associé à la Commune : le Zorgcoach renvoie vers ce service en cas de besoin correspondant. De même, les acteurs de santé ne sont pas très impliqués dans le projet mais sont intégrés à l'arbre décisionnel. Quant à Zoom Seniors, le maillage des acteurs social-santé étant à l'origine-même du projet, il est très présent au niveau méso-organisationnel dans les structures de gouvernance du projet : une trentaine d'organisations représentant les deux secteurs (surtout le secteur hospitalier en ce qui concerne le secteur de la santé) sont membres du comité de pilotage et les permanences de

l'équipe de coordination sont implantées dans différents lieux et espaces de collaboration préexistants. La Carte info et plus tard l'e-Finger matérialisent également cette volonté de faire travailler davantage les acteurs professionnels entre eux. Les balades dans le quartier organisées par le coordinateur viseront à concrétiser davantage sur le terrain une compréhension commune du territoire. Zoom Seniors va gérer en revanche séparément la dynamisation des réseaux informels (soutien aux réseaux d'entraide notamment). Les projets sont évolutifs et ils adaptent leurs interventions au fur et à mesure, on peut repérer cependant trois types de dynamiques entre lesquelles les projets naviguent pour construire les liens entre les acteurs : forme de type « **Communauté d'action** », dont les rôles sont construits par la référence à un devenir commun de quartier et aux effets sur lesquels s'engage le collectif (essentiellement dans les interventions de CitiSen mais également chez Zoom Seniors plus récemment à travers la participation à des certains projets comme le projet « soupe »), une **Segmentation fondée sur les institutions** au sein de laquelle les rôles sont déterminés *a priori*, en fonction de catégories administratives de rattachement des bénéficiaires, de collaborations privilégiées, etc. (essentiellement dans les réalisations de Zoom Seniors). Du côté de Senior Solidarité, cela débouche sur une *logique en entonnoir* : les liens s'organisent autour d'un point focal comme le Zorgoach et/ou l'arbre décisionnel.

Enfin, le maillage des besoins et des formes de soutien disponibles passe par différentes interventions visant à relayer vers les acteurs compétents et ainsi assurer l'accompagnement proprement dit de la personne. Parmi les **dispositifs de relais et d'accompagnement**, on repère également deux logiques différentes. Chez CitiSen, le relais des seniors est principalement organisé autour de lieux et d'*espaces rassemblant* des acteurs aux compétences diverses, issus de secteurs (formel/informel ; santé/social) différents. Leur action est encadrée par des formations et une charte éthique telle que celle qui régit l'action des Connecteurs. *A contrario*, chez Senior Solidarité et Zoom Seniors, l'accompagnement est **incarné par une personne** (celle qui occupe la fonction de zorcoach ou de facilitateur) qui devient la personne **de référence**. **Son action est toutefois encadrée par des procédures** (cf. arbres décisionnels basés sur les catégories administratives ou le filtrage des acteurs vers lesquels le relais peut être effectué). Nous verrons dans les *outcomes* que les personnes impliquées dans ces dispositifs de relais vont réaliser parfois l'accompagnement elles-mêmes. Plusieurs éléments entrent en jeu : la personne âgée développe une relation privilégiée et personnalisée avec le zorgcoah/facilitateur seniors et ne souhaite pas être orientée vers une autre personne ; les services sont débordés ou manquent de formation spécialisée sur les besoins des personnes âgées ; le zorgcoach/facilitateur seniors

est lui-même formé au métier de l'accompagnement et souhaite donc maintenir ce rôle en lien avec son identité professionnelle.

	Outils d'évaluation des besoins et ressources du senior	Outils à visée d'orientation	Dispositifs de maillage des acteurs	Dispositifs de relais et d'accompagnement
Configuration 1 : Communauté d'action où les rôles se construisent dans l'action	Consultation du senior sur sa demande et ses ressources (notamment personnelles)	Répertoire coconstruit, en ligne, structuré en fonction des catégories de besoin	Forme communautaire catalysée par la réalisation d'actions communes	Relais distribué au sein d'espaces rassemblant des compétences et secteurs divers encadrés par des formations, intervisions, chartes éthiques
Configuration 2 : Rapports segmentés où les rôles sont déterminés en fonction de la place occupée dans le système institutionnel	Anamnèse par le professionnel	Arbres décisionnels à destination des professionnels structurés en fonction des catégories administratives	Ordonnancement en fonction des catégories et niveaux d'action ou logique en entonnoir autour d'une fonction focale	Relais incarné par une personne de référence encadrée par des procédures

Au prix d'une forme de schématisation de ces différents types d'intervention, on peut mettre en évidence deux configurations visant à développer un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire : l'une est de type « **Communauté d'action** », les rôles y sont construits dans l'action-même, par la référence à un devenir commun de quartier et par la référence aux effets sur lesquels s'engage le collectif ; l'autre se fonde sur des **rapports segmentés entre acteurs où chacun se voit attribuer un rôle déterminé en fonction de la place qu'il occupe a priori dans le système institutionnel** (professionnel/senior, niveau de terrain/niveau méso-organisationnel, acteurs informels/formels, etc.). Si les stratégies divergent et tracent des

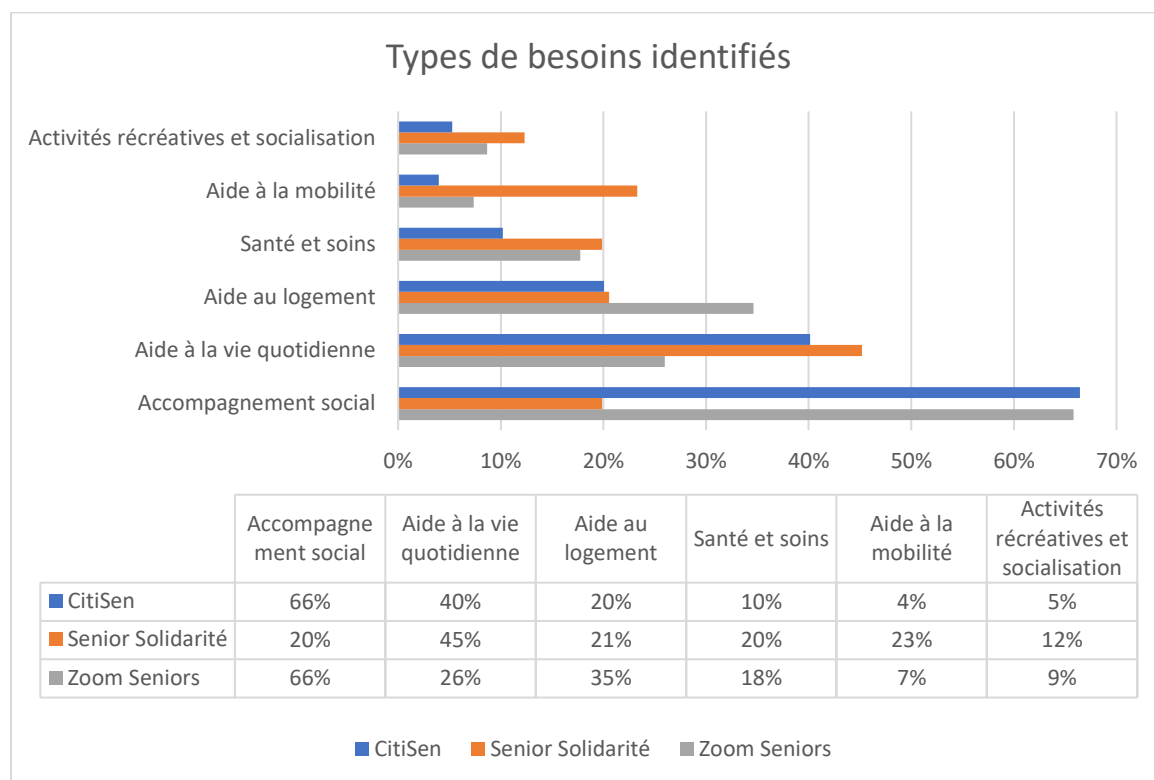
logiques dominantes différentes d'un projet à l'autre, elles peuvent malgré tout s'entrecroiser partiellement sur le terrain, comme l'analyse des *outcomes* va le montrer.

2) Outcomes (O)

Il faut d'abord noter que quel que soit le projet, les **Outils d'évaluation des besoins et ressources du senior** ne sont pas identifiés par les personnes âgées elles-mêmes, pas plus que les moments où ils ont été mobilisés, ce qui pourrait s'expliquer par la manière dont ils sont présentés par leurs utilisateurs mais aussi par un biais de mémoire du côté des seniors. Les entretiens réalisés ne permettent donc pas d'identifier si le rôle plus actif accordé au senior dans l'identification de ses propres besoins et ressources, privilégié dans la première configuration, contribue effectivement à une forme d'empowerment des seniors et de leurs aidants. Les professionnels valorisent l'outil car il leur permet de garder une trace écrite des besoins en vue d'accompagnements futurs, de garder un œil sur toutes les facettes, et, chez Senior Solidarités en particulier, de « ne pas se baser uniquement sur le problème énoncé par la personne », correspondant bien à cette logique de l'anamnèse énoncée plus haut. On retrouve ici cette volonté d'une certaine systématisme de la détection des besoins.

En concordance avec les particularités des publics déjà identifiées dans le point relatif à la détection des seniors en situation de fragilité, on peut essentiellement distinguer deux profils de besoins identifiés grâce à ces outils. Comme le montre le Tableau ci-dessous, du côté de CitiSen et Zoom Seniors, l'essentiel des besoins s'exprime en termes d'Accompagnement social, d'Aide à la vie quotidienne et d'Aide au logement. Chez Senior Solidarités, l'Aide à la vie quotidienne arrive en première position mais est directement suivie par l'Aide à la mobilité, tout à fait caractéristique au projet et qui reflète la moyenne d'âge la plus élevée des trois projets dans les opérations réalisées. Les besoins identifiés en termes d'Accompagnement social ne correspondent qu'à une opération sur cinq, reflétant sans doute des caractéristiques socio-économiques plus favorables. Les besoins identifiés en termes de Soins (médecine générale, coordination de soins, soins paramédicaux, santé mentale, autres soins spécialisés, matériel technique) n'arrivent qu'en quatrième position dans tous les cas. Ceci pourrait également correspondre au fait que le taux d'affiliation à un médecin généraliste rencontré dans les accompagnements des personnes effectivement touchées par les projets est supérieur à celui des personnes de ces catégories d'âge dans leurs quartiers respectifs.

Tableau 17-Types de besoins identifiés par projet (en pourcentage des opérations menées)



Les seniors rencontrés sont globalement très satisfaits de la manière dont leur besoin d'information et d'orientation est rencontré. Les **Outils à visée d'orientation** sont également globalement appréciés dans les deux configurations. Parmi les qualités énoncées dans la première configuration figurent la participation des habitants au répertoire produit, son caractère vivant et personnalisé, qui « fait sens » pour les personnes concernées. Un répondant craint toutefois que celui-ci ne soit rapidement dépassé et regrette un manque de hiérarchisation des acteurs : une sélection devrait selon lui avoir lieu en fonction des acteurs qui « agissent vraiment ». Les arbres décisionnels sont valorisés pour leur capacité à visibiliser le réseau et à orienter vers des acteurs complémentaires à ceux déjà identifiés par les professionnels (notamment vers les réseaux informels). Une différence est faite cependant entre les arbres construits sur base d'un travail de proximité et ceux qui ont été construits sur base d'un « filtre » des acteurs institutionnels, ces derniers étant jugés trop figés dans le respect de la hiérarchie et la segmentation des relations que la commune entretient avec les acteurs du territoire.

En matière de **Maillage des acteurs santé et accompagnement social**, les répondants des trois projets pilotes soulignent une moindre implication des acteurs de la santé, qu'ils expliquent le plus souvent par un manque de temps ou une priorisation moindre par ces derniers ainsi qu'une difficulté à maintenir l'engagement dans la durée. Toutefois la manière d'interagir avec eux prend des formes différentes selon les projets.

La prédominance des acteurs de l'accompagnement social a ainsi été constatée dans le projet CitiSen et a mené à impliquer des acteurs de santé (issus de la Maison médicale) au concret de l'action et du réseau, dans les Ruches et la détection en rue, tandis que la chargée de projet s'investissait en retour dans les lieux de concertation du quartier où ces acteurs de la santé sont présents. D'après les répondants, ce type d'implications croisées bénéficie aux seniors mais aussi aux professionnels en augmentant la qualité de l'accompagnement et en favorisant la rencontre d'autres publics du quartier.

Du côté de Senior Solidarités, les acteurs de santé sont effectivement peu représentés dans la structure du projet, mais à travers la logique en entonnoir autour de la fonction de Zorgcoach et de l'arbre décisionnel décrits plus haut, l'accompagnement par des acteurs de santé est structurellement intégré au projet : les seniors sont en effet fréquemment relayés vers des acteurs de la santé (ils arrivent comme indiqué dans le Tableau 18 en 2^{ème} position des référencements en dépit d'une 4^{ème} position dans les besoins exprimés) et une attention toute particulière est portée au retour après séjour à l'hôpital d'un senior. Du côté de Zoom Seniors, comme nous l'avons vu, ce sont surtout les acteurs de santé de deuxième ligne qui sont impliqués, pour mener des actions à un niveau méso-organisationnel (Carte info et E-Finger). Ce dernier projet est jugé très positif pour les dynamiques entre professionnels mais aussi très consommateur de temps pour un projet qui manque de concrétisation auprès des seniors eux-mêmes. Nos répondants estiment également que la première ligne de soins est peu intégrée au projet. On le voit, les atouts et freins à la configuration tels qu'identifiés par nos répondants se rapportent aux segmentations entre catégories d'acteurs (première-deuxième ligne, social-santé, professionnels-seniors) : celles-ci structurent l'action des projets et leur permettent d'approfondir les liens intra-segments, mais contraignent et limitent les relations inter-segments. Un quart des opérations menées auprès des seniors réfèrent vers des Acteurs de la santé dans les projets CitiSen et Senior solidarité mais seulement 15% depuis Zoom Seniors (cf. Tableau 18).

Le **maillage des acteurs formels et informels** prend comme nous l'avons vu des formes et intensités différentes selon les projets. La logique en entonnoir poursuivie par Senior Solidarité et la décision de ne pas intégrer l'offre de volontaires directement au projet mais d'y référer simplement est motivée par nos répondants en termes de difficultés à mobiliser ce type d'acteurs dans le cadre d'un projet-pilote : le turn-over des bénévoles, la nécessité de les former et de les encadrer et le difficile appariement entre seniors et volontaires ont été mentionnés. Il en résulte un taux de référencement très faible vers ce type d'acteurs comme le montre le Tableau 18 (4%). Chez Zoom Seniors, nos répondants soulignent également une forme d'étanchéité dans le projet entre le réseautage effectué entre des professionnels qui partagent leurs expériences et le réseautage effectué à travers le soutien aux réseaux d'entraide. L'Aide informelle reste également peu mobilisée dans ce projet (9%). La segmentation des acteurs formels et informels reste donc très présente dans cette configuration et débouche sur une mobilisation faible de ces derniers acteurs.

Tableau 18-Services sollicités ou référés (classement de 1 à 5 par projet et pourcentage des opérations effectuées)

	CitiSen	Senior Solidarité	Zoom Seniors
1	Aide à la vie quotidienne (31%)	Aide à la vie quotidienne (71%)	Aide à la vie quotidienne (55%)
2	Aides et assistance sociale (27%)	Acteurs et services de santé (28%)	Aides et assistance sociale (20%)
3	Acteurs et services de santé (24%)	Secteur socio-culturel (22%)	Acteurs et services de santé (13%)
4	Aide informelle (23%)	Projet pilote (15%)	Projet pilote (10%)
5	Projet pilote (15%)	Aides et assistance sociale (10%)	Aide informelle (10%)
6	Secteur socio-culturel (7%)	Aide informelle (4%)	Secteur socio-culturel (9%)

Chez CitiSen, le maillage des acteurs formels et informels est au centre de la logique poursuivie. Pour répondre aux besoins des seniors, l'aide informelle est ainsi mobilisée dans près d'un quart des cas. Les répondants soulignent que les interventions de ce type requièrent de la souplesse, de la réactivité et de la créativité par comparaison avec la rigidité des structures. Ils relèvent toutefois les investissements importants que requièrent la stabilisation de ces interactions en matière de formation face à l'essoufflement et la volatilité de l'engagement qui guettent en cas de manque de structure.

En congruence avec son modèle de type « **Communauté d'action** », les services sollicités ou référés par CitiSen pour répondre aux besoins des seniors se distribuent assez équitablement entre les différentes catégories d'acteurs. Le Secteur de l'Aide à la vie quotidienne est de loin le plus sollicité par les trois projets. Remarquons toutefois que le besoin en Accompagnement social, qui était de loin le besoin le plus récurrent chez CitiSen et Zoom Seniors (plus de 60%), n'est pas sollicité en proportion (20 à 26%) quand il s'agit de référer les personnes. En congruence avec les données qualitatives récoltées, il apparaît qu'une partie du travail d'accompagnement social est effectué par les acteurs au sein des projets eux-mêmes dont le métier de base prend alors le pas sur une **fonction de relais** vers le réseau d'acteurs identifiés. Si la logique de relais reste dominante, l'accompagnement direct représente une part non négligeable des interventions. Dans la première configuration (essentiellement représentée par le projet CitiSen), l'Aide administrative comptabilise ainsi près de 30% des opérations effectuées. Elle correspond aux réponses de nos répondants à l'enquête qualitative qui soulignaient que la présence d'assistants sociaux dans les espaces où sont rassemblés les différentes catégories d'acteurs (les Ruches) et l'engorgement des services conduisaient parfois ceux-ci à préférer des actions d'accompagnement direct au relais. Toutefois, l'empiètement de la logique d'accompagnement direct sur celle de relais est nettement plus développé dans la seconde configuration comme le montre l'ampleur de l'aide administrative (dans 51% des opérations chez Senior Solidarité et 73% chez Zoom Seniors) et de l'accompagnement psychosocial (respectivement 22% et 30% des opérations effectuées).

Tableau 19 : Types de réponses fournies par projet (classement de 1 à 6 et % d'accompagnements)

	Citisen	Senior Solidarité	Zoom Seniors
1	Relais ¹⁸ (54%)	Relais (67%)	Aide administrative (73%)
2	Aide administrative ¹⁹ (29%)	Information (66%)	Relais (63%)
3	Prise de rendez-vous ²⁰ (14%)	Visite à domicile (54%)	Information (50%)
4	Langues ²¹ (13%)	Aide administrative (51%)	Suivi spécifique (35%)
5	Information ²² (4%)	Suivi spécifique (39%)	Accompagnement psychosocial (30%)
6	Accompagnement psychosocial ²³ (1%)	Accompagnement psychosocial (22%)	Prise de rendez-vous (28%)

La logique de relais est appréciée du côté des seniors car elle ouvre la voie à une aide circonscrite qui n'engendre ni engagement ni obligation. On remarque également moins de conflits entre les coordinateurs et les structures hébergeuses dans les permanences effectuées par CitiSen (Ruches, plus proches du fonctionnement « Communauté d'action » et d'une logique de relais) que chez Zoom Seniors (plus proche du fonctionnement segmenté mais où l'accompagnement direct par la facilitatrice est davantage pratiqué). Dans ce dernier contexte, la concurrence entre le projet et des actions préexistantes est davantage présente et réclame de la part de l'équipe du projet de démontrer à toute étape qu'elle ne se substitue pas à l'existant et qu'elle se réfère bien à la répartition des rôles telle que prévue dans les procédures établies. Le nom de « Facilitatrice » a été choisi comme gage de cette subsidiarité de la fonction. Pour les coordinateurs impliqués dans Zoom Seniors et dans Senior Solidarité ces procédures et cette segmentation des rôles entrent toutefois en contradiction avec le besoin de continuité relationnelle et de confiance des seniors. La logique de l'accompagnement direct et de l'incarnation de cet accompagnement par une personne est en effet également valorisée du côté de certains seniors : l'accompagnement par le Zorgcoach ou la Facilitatrice sont considérés comme un « point de chaleur », ils sont un « point d'ancrage » et de repère. Les personnes âgées

¹⁸ Le relais comprend trois types d'opérations : Communication de coordonnées spécifiques (nominatives) à la personne ; Contact d'un service/acteur/institution pour présenter le cas de la personne, ses besoins et ses coordonnées ; Information conjointe à la personne et au service/institution ciblé.

¹⁹ Explication sur les droits, avantages sociaux possibles, conseils par rapport à la situation de la personne (ex : changement de banque, relecture d'un contrat de bail), démarche pour obtenir de l'information/vérification sur le dossier spécifique de la personne (ex : vérifier l'affiliation mutuelle, demander une composition de ménage), remplissage de document, formulaire, envoi ou dépôt de dossier pour la personne, (re)mise en place d'un service ou d'un accompagnement (ex : colis alimentaire ; aide familiale ; suivi par une AS; transports).

²⁰ Prise de rendez-vous par téléphone, mail et/ou accompagnement physique de la personne (selon les cas pour servir d'interprète, pour expliquer la situation de la personne, pour rassurer celle-ci).

²¹ Aide sous forme d'interprétariat ou de traduction.

²² Communication d'informations globales sur l'existence de services ou lieux d'intérêt pour la personne.

²³ Ecoute de la personne et médiation.

mettent en avant le suivi individualisé et centré sur la demande de la personne qui est effectué. Ces fonctions et les personnes qui les incarnent assurent un lien de confiance où l'écoute et l'assurance de trouver une solution sont garanties. Cette confiance et ce suivi dans la durée permettent en outre aux seniors d'après l'équipe de coordination de Senior Solidarités d'exprimer leurs besoins en plusieurs phases, du plus générique au plus intime. Deux inconvénients à cette incarnation par le Zorgcoach/la Facilitatrice de la fonction d'accompagnement sont mentionnés par les répondants : premièrement le turn-over dans la fonction qui met en péril la continuité de l'accompagnement des seniors lorsque celui-ci s'incarne dans une personne plutôt que dans un système distribué (les projets ont en effet connu une certaine rotation des personnes engagées pendant la période de 3 ans) ; deuxièmement les concurrences mentionnées plus haut qui peuvent nuire à la reconnaissance de la pertinence du projet par les autres acteurs du territoire.

3) Acteurs (A) et contexte (C)

Cette section vise à identifier comment les Acteurs (A) et le contexte (C) ont contribué à l'émergence de la configuration de type **Communauté d'action** d'une part et de type **Segmentation fondée sur les institutions** d'autre part.

La place qu'occupent les acteurs de type institutionnel (Commune et CPAS) dans les différents projets constitue un élément-clé qui différencie les deux types de configurations. Au plus ce type d'acteurs intervient dans la hiérarchisation des services et des opérations, en sélectionnant les partenaires et en régulant les procédures d'orientation (A), au plus le **modèle est segmenté et les rôles sont déterminés a priori (en fonction de catégories administratives de rattachement des bénéficiaires, de collaborations privilégiées, etc.)**. Au plus ces acteurs institutionnels interviennent comme des opérateurs comme les autres (A) dont l'action complète les soutiens proposés par les secteurs associatifs et informels, au plus le système semble se rapprocher d'un fonctionnement de type « **Communauté d'action** », **dont les rôles sont construits dans l'action par la référence à un devenir commun de quartier et la référence aux effets sur lesquels s'engage le collectif**. Cette différence est particulièrement prégnante dans le projet Zoom Seniors, au sein duquel deux territoires communaux sont impliqués, l'un dans lequel les acteurs institutionnels fonctionnent selon la première logique (débouchant par exemple sur un arbre décisionnel fondé sur les catégories administratives), l'autre dans lequel ces acteurs institutionnels privilégient la seconde logique (arbre décisionnel fondé sur les catégories de besoins).

En matière de maillage des acteurs, l'enjeu se situe plutôt du côté de l'implication des acteurs de santé et des acteurs informels puisque les acteurs de l'accompagnement social et les acteurs formels sont en général mieux connectés au projet. Dans la première configuration, ces acteurs sont impliqués comme nous l'avons vu directement à travers des actions conjointes au sein desquelles ils acceptent et prennent le risque de se décentrer par rapport à leurs rôles habituels. Le caractère pilote du projet est plutôt considéré par ces acteurs comme propice aux explorations (C). L'engagement de l'asbl porteuse (A) et la présence de la coordinatrice (A) dans de nombreux autres projets de quartier impliquant les acteurs de la santé de première ligne et les communautés locales favorisent cette implication (C). Dans la seconde configuration, ces acteurs sont sollicités de manière plus ponctuelle et périphérique au projet. Ceci est renforcé par l'ancrage des projets dans des modes de collaboration préexistants au projet eux-mêmes plus procéduralisés (C). Le caractère pilote du projet est dans ce cas de figure vu comme un facteur moins favorable à l'engagement d'acteurs qui privilégient des rapports de long terme (C).

Nous avons indiqué également que, dans les intentions exprimées tout au moins, la place des seniors et de leurs aidants proches était différente selon la configuration : ils sont davantage considérés comme des partenaires actifs avec des ressources mobilisables dans le premier modèle (A). La concrétisation de cette intention n'a toutefois pas pu être vérifiée dans les données à notre disposition. Parmi les facteurs contextuels, il faut à nouveau souligner que dans le premier modèle, les seniors sont moins isolés, plus ancrés dans le quartier et plus jeunes que dans le second (C).

Enfin, la saturation des services ou leur indisponibilité réelle et/ou perçue (C), exacerbées par le Covid-19 (C) ont joué d'après les répondants un rôle dans l'inclination des équipes des différents projets à ne pas se limiter à effectuer un travail de relais et à faire de l'accompagnement direct.

4) Mécanismes (M)

Favoriser un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire repose également sur une série de mécanismes identifiés dans le cadre des monographies.

Identifier les besoins (y compris non exprimés) et les ressources du senior (y compris les siennes et celles de son réseau) semble être l'un des préalables à un accompagnement approprié. Nous avons vu que selon les contextes et les configurations, certains outils privilégiaient une analyse des besoins centrée sur la demande du senior tandis que d'autres

privilégiaient l'observation par le professionnel (pour faire émerger à fois les besoins exprimés et ceux qui sont plus implicites), et que certains dispositifs favorisaient également l'expression des ressources propres au senior (ses bonnes adresses, son réseau d'aidants, etc.) pour favoriser un rôle actif de la personne et de son entourage.

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 eux et pour les seniors des projets apparaît également comme l'une des clefs de l'ancrage et de la collaboration. Les équipes de coordination ont annoncé en particulier qu'elles ne cherchaient pas à remplacer les acteurs déjà présents (institutionnels ou reconnus) dans le quartier, qu'elles n'intervenaient que dans les cas où les services étaient saturés et/ou ne pouvaient répondre eux-mêmes à la demande en raison de la spécificité des publics, et qu'elles s'appuyaient sur la connaissance préalable du réseau développée des acteurs du projet pour proposer des outils « clef en main » (comme des répertoires ou arbres décisionnels correspondant aux besoins récurrents de seniors) qui ne faisaient pas doublons avec les outils existants. Outre les bénéfices que le projet apporte aux seniors, il a fallu pour convaincre les professionnels de s'impliquer s'appuyer sur les bénéfices qu'il leur apporte à eux aussi (notamment l'amélioration de la connaissance de leur environnement et de la qualité d'accompagnement des leurs publics) afin de contrer le sentiment que le temps de maillage des acteurs entre en concurrence avec leur propre service ou le temps consacré au public lui-même.

Impliquer la diversité des acteurs de terrain au concret des actions menées semble l'un des gages de la construction d'un réseau diversifié et mobilisable pour rencontrer les différentes catégories de besoins des seniors. Les liens entre acteurs ont par exemple été renforcés par le fait de distribuer les colis ensemble, de construire un répertoire en collaboration avec des acteurs formels et informels, d'impliquer plusieurs acteurs d'une même association/organisation non seulement dans le pilotage mais aussi dans les actions concrètes (permanences, dépistage) afin de provoquer un intérêt commun et distribué au sein de cette association/organisation, de s'appuyer sur l'ancrage dans le quartier.

Enrôler les hiérarchies des asbl comme des administrations pour les convaincre de l'importance de la démarche peut les conduire à réserver des heures au projet et à adresser les problèmes de disponibilité des professionnels dont ils ont la responsabilité.

Dans cet esprit, **pour le coordinateur, investir du temps et communiquer sur le projet dans les associations, organisations et autres projets du quartier** en participant à différentes plateformes et projets social-santé dans la commune est également l'un des mécanismes favorisant la construction du réseau.

Il s'agit également **pour les professionnels impliqués de se décentrer par rapport à leur ancrage métier et leur ancrage institutionnel**. Décloisonner les professions et associations pour apprendre à se connaître, accepter de sortir de son cadre de références et de « se remettre en question » pour les professionnels, anticiper les divergences relationnelles quant à la manière de concevoir les formes d'engagement dans le travail et auprès des publics, repérer si les besoins exprimés reflètent bien leur diversité ou la composition du partenariat sont autant de conseils donnés par nos répondants pour favoriser le succès de cet accompagnement holistique.

Mobiliser la référence au public, au quartier et à la dimension exploratoire du projet-pilote comme catalyseurs permet de faire du caractère pilote du projet un levier et non un frein (lié au manque de pérennité perçu), de développer des projets originaux au départ des connexions établies, de miser sur la focale « publics âgés » pour développer des collaborations inédites s'écartant des sentiers institutionnels préexistants et le cas échéant de proposer un accompagnement « sensible à la culture ».

Personnaliser les formes d'accompagnement proposées afin qu'elles correspondent aux besoins propres à chaque senior passe pour la première configuration par la construction d'un réseau distribué au sein d'espaces rassemblant des compétences et secteurs divers tandis que pour la seconde configuration cela implique comme nous l'avons vu l'incarnation de la fonction d'accompagnement par une personne identifiable.

Enfin, accompagner et orienter suppose de **développer une éthique relationnelle** fondée sur l'écoute, l'empathie, le respect et même le soutien de l'autonomie, le non jugement. Dans la première configuration cette éthique relationnelle est développée à travers une charte et des formations délivrées à différentes catégories d'acteurs (c'est le cas de CitiSen mais aussi dans le cadre des activités de sensibilisation menées par Zoom Seniors), dans la seconde configuration cela s'inscrit dans le rapport de confiance personnalisé qu'un Zorgcoach/Facilitateur va construire avec le senior.

5) Analyse ICAMO « Favoriser un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire »

Interventions (I) Outils d'évaluation des besoins et ressources du senior Consultation du senior sur sa demande et ses ressources (notamment personnelles) Anamnèse par le professionnel Outils à visée d'orientation Répertoire coconstruit, en ligne, structuré en fonction des catégories de besoin Arbres décisionnels à destination des professionnels structurés en fonction des catégories administratives Dispositifs de maillage des acteurs Forme de communauté d'action construite par la référence à un devenir commun de quartier et aux effets sur lesquels s'engage le collectif Segmentation en fonction des catégories et niveaux d'action ou logique en entonnoir autour d'une fonction focale Dispositifs de relais Relais distribué au sein d'espaces rassemblant des compétences et secteurs divers, encadrés par des formations, interventions, chartes éthiques Relais incarné par une personne de référence encadrée par des procédures	
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)	
<ul style="list-style-type: none"> • Acteurs de type institutionnel interviennent en tant qu'opérateurs comme les autres (A) dont l'action complète les soutiens proposés par les secteurs associatifs et informels • Acteurs de santé et acteurs informels impliqués directement à travers des actions conjointes au sein desquelles ils acceptent et prennent le risque de se décentrer par rapport à leurs rôles habituels • Engagement de l'asbl porteuse et la présence de la coordinatrice dans de nombreux autres projets de quartier impliquant les acteurs de la santé et du social 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 sont sollicités de manière plus ponctuelle et périphérique au projet.
Contexte (C)	

<ul style="list-style-type: none"> • Acteurs de santé et acteurs informels impliqués directement à travers des actions conjointes au sein desquelles ils acceptent et prennent le risque de se décentrer par rapport à leurs rôles habituels • Nombreux autres projets de quartier impliquant les acteurs de la santé de première ligne et les communautés locales • Caractère pilote du projet plutôt considéré comme propice aux explorations • Seniors et aidants proches davantage considérés comme des partenaires actifs avec des ressources mobilisables dans le premier modèle (la concrétisation de cette intention n'a toutefois pas pu être vérifiée dans les données à notre disposition). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ancrage des projets dans des modes de collaboration institutionnels préexistants au projet eux-mêmes plus procéduralisés. • Caractère pilote du projet vu comme un facteur moins favorable à l'engagement d'acteurs qui privilégient des rapports de long terme • Seniors plus isolés, moins ancrés dans le quartier et plus âgés
<p>Outcomes (O)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Au niveau du projet <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 directement suivie par l'Aide à la mobilité ; les besoins identifiés en termes de Soins n'arrivent qu'en quatrième position • Au niveau des seniors <ul style="list-style-type: none"> ○ Satisfaction des seniors rencontrés dans la manière dont leur besoin d'information et d'orientation est adressé • Au niveau des partenariats/du réseau <ul style="list-style-type: none"> ○ 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) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Volonté d'intégration des ressources de la personne et son rôle d'acteur • Participation des habitants au répertoire produit, considéré comme vivant et personnalisé, qui « fait sens » pour les personnes concernées. 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 	<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-

<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>segments, mais semblent en partie limiter les relations inter-segments.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aide informelle très peu mobilisée • Empiètement important 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 (dans respectivement 22% et 30% des cas)
--	--

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

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

1) Interventions (I)

L'un des objectifs assignés aux projets pilotes par la Commission communautaire commune consistait d'une part à identifier et soutenir les mécanismes favorables à la cohésion sociale dans le quartier et d'autre part à s'insérer dans les mécanismes participatifs existant au niveau du quartier ou du bassin de vie qui peuvent influencer le cadre de vie et la cohésion sociale.

Les trois projets ont ainsi commencé par initier un **diagnostic** mettant notamment en évidence les éléments affectant la cohésion sociale dans leur zone d'intervention. Différentes problématiques sont apparues telles que les problèmes de mobilité dans les quartiers, les difficultés d'accessibilité (notamment des commerces) aux personnes à mobilité réduite, le sentiment d'insécurité, ou le besoin de se connecter aux autres.

Différentes catégories d'interventions ont donc été menées pour tenter de remédier à certaines des problématiques identifiées.

Des **Activités de sensibilisation aux réalités des seniors à destination de différents acteurs du quartier** ont ainsi été développées. Nous avons déjà évoqué dans les parties précédentes les Ateliers de sensibilisation à la veille que Zoom Seniors organise pour les gardiens de la paix, agents et concierges des services de logements sociaux, ainsi que les tentatives d'implication des commerçants. La participation de policiers à des ateliers de sensibilisation organisés par CitiSen participe de cette même logique qui consiste à attirer l'attention sur les vulnérabilités particulières des aînés et les possibilités de contribution de certains acteurs à leur prise en compte.

Des **Activités d'information et de formation à destination des aidants et des seniors** ont par ailleurs été déployées au sein des différentes Ruches de CitiSen dans le domaine de la santé (formation aux gestes de premiers secours en trois modules par Rescue Life asbl), de la sécurité (Cafés-sécurité animés par quatre policiers), du logement (information sur les adaptations ergonomiques ergo 2.0), de la mobilité (transport social à destination des aînés avec l'asbl MobiTwin) et des services (information concernant les maisons de repos et les services d'aide à domicile).

La **Promotion ou la participation à des activités existantes améliorant le bien-être dans le quartier** ont également fait partie des stratégies mises en œuvre par les projets afin de contribuer à la cohésion sociale autour des aînés. Certaines de ces activités étaient généralistes (telles que Un Été à Fontainas, Visites Arts et Marges ou le projet « soupes » auxquels Zoom

Seniors a participé, telle que la Ducasse à laquelle Senior Solidarité a participé, ou telle que des fêtes de quartier auxquelles CitiSen a participé), d'autres plus spécifiquement tournées vers les particularités des publics âgés telles que la Semaine des âgés, incluant les "Balades PMR" (organisée par Contact+ et Senior Solidarités) et le projet Tuk Tuk (dans le cadre du partenariat avec CitiSen). A côté de ces actions organisées dans une visée collective, les réponses fournies dans le cadre des accompagnements individuels des seniors ont également adressé leur(s) besoin(s) en activités récréatives et de socialisation.

Enfin, les trois projets ont travaillé à l'amélioration du cadre de vie des âgés à travers leur **Implication dans des projets institutionnels locaux visant la cohésion sociale** (Projets de cohésion sociale par exemple) **et la collaboration entre secteurs de l'accompagnement social et de la santé** (Contrats Locaux Social-Santé notamment).

Les interventions collectives menées dans l'objectif de contribuer à la création d'un cadre de vie favorable aux personnes âgées sont donc assez semblables d'un projet à l'autre. On remarquera cependant que CitiSen a davantage misé sur l'organisation d'activités d'information et de formation à destination des aidants et des seniors par domaine d'intérêt (sécurité, mobilité, etc.) pour ceux-ci tandis que les deux autres projets se sont investis principalement dans la Promotion ou la participation à des activités existantes améliorant le bien-être dans le quartier.

2) Outcomes (O)

Nous disposons de peu d'éléments d'évaluation des Outcomes concernant ce point au départ des entretiens réalisés. Les **interventions collectives menées dans ce cadre sont globalement appréciées mais ce sont aussi celles qui ont le plus souffert d'un manque de visibilité** : elles sont considérées comme trop peu connues et mobilisées. Quel que soit le projet-pilote, les répondants nous ont affirmé que **l'objectif d'amélioration du cadre de vie était le moins bien compris**, le moins bien approprié et le moins développé de toutes leurs activités.

Dans le cadre de l'accompagnement individuel des seniors, des interventions ont été menées afin de rencontrer les besoins des seniors en matière récréative et de socialisation. Ce type de besoin, le moins prégnant au travers des trois projets (8% du total d'opérations réalisées) recouvrait toutefois le plus de demandes chez Senior Solidarité (12% des opérations), par rapport à Zoom Seniors (9%) et CitiSen (avec seulement 5%).

En ce qui concerne l'Implication dans des projets institutionnels locaux, les répondants de Zoom Seniors ont souligné les **problèmes de lisibilité pour les publics concernés que posait**

la multiplication des initiatives locales. Ils ont également insisté sur une certaine **difficulté à articuler les engagements des partenaires** de Zoom Seniors dans les divers projets. Cette nécessaire articulation est entravée selon eux par des divergences en termes d'échelles d'intervention territoriale (par exemple la présence de plusieurs Contrats Locaux Social Santé sur le territoire d'intervention du projet-pilote) et en termes de ciblage de public. Une approche en termes d'« universalisme intégratif » pourrait nuire selon certains intervenants à la prise en compte des spécificités des aînés tandis que pour d'autres répondants, l'avenir du projet réside dans une connexion plus forte avec d'autres types de publics vulnérables et la fin des cloisonnements liés à l'âge. Ces éléments n'ont pas été mentionnés dans les autres projets mais cela ne nous permet pas d'affirmer qu'ils n'étaient pas également présents.

3) Acteurs (A) et contexte (C)

Le **Covid-19 (C)** est l'un des éléments centraux de contexte expliquant selon nos répondants les entraves à la mise en œuvre et à la visibilité des interventions reprises sous cet objectif. Celles-ci impliquent en effet pour la plupart des activités collectives qui n'ont pu être mises en œuvre comme prévu ou ont dû être annulées au plus fort de la crise, puis seulement partiellement et lentement relancées dans le cadre des vagues successives de déconfinements et re-confinements partiels. S'agissant d'un public cible particulièrement vulnérable face au Covid-19 (C), les précautions n'en ont été que plus marquées.

Les activités collectives organisées reposent sur l'**implication et le partenariat avec des acteurs associatifs et professionnels spécialisés (A)** pour Zoom Seniors et pour CitiSen tandis que pour Senior Solidarité le partenaire privilégié est à nouveau la **Commune (A)** qui co-organise la Semaine des aînés et la balade PMR dans le cadre de laquelle elle s'insère.

4) Mécanismes (M)

D'après les réponses reçues lors de notre consultation, nous pouvons identifier différents mécanismes contribuant au succès des interventions menées dans ce cadre.

Exploiter les éléments du diagnostic est évoqué comme l'une des conditions du succès de ces activités afin de les connecter aux intérêts des seniors et aux interventions des acteurs du quartier et de participer effectivement à sa cohésion sociale.

Il s'agit en outre de **Donner de la visibilité à ces interventions**, appréciées par les acteurs qui ont pu y participer mais considérées comme insuffisamment connues comme nous l'avons vu dans les Outcomes correspondant.

En retour, le fait d'**Organiser les activités dans les points de contact du projet** peut concourir à visibiliser ces lieux pour les participants et à attirer les publics vers ceux-ci dans le futur.

Fixer un cadre qui garantisse une écoute active (des modules de formation courts correspondant aux disponibilités et à la concentration limitée des participants, limiter les allées et venues, etc.) semble également une condition du bon déroulement des activités.

S'associer à des intervenants (professionnels, associations, institutions) dont la reconnaissance et l'expertise sont avérées pour l'organisation des activités est aussi considéré comme un facteur de succès. Ceux-ci attirent les publics concernés et sont un gage de qualité des interventions.

Compte tenu du caractère ouvert sur le quartier de ce type d'interventions, les compétences déjà maîtrisées par les différents acteurs sont de niveaux très différents. **Faire preuve de souplesse quant aux différents niveaux de compétences déjà maîtrisées** est ainsi nécessaire.

Un autre mécanisme identifié mais de façon plus marginale est d'**Organiser la réciprocité des compétences et attitudes échangées** : les policiers qui sont intervenus dans les cafés sécurités ont en retour participé à des ateliers sur les réalités de la vieillesse.

Enfin, la dernière catégorie d'interventions – l'Implication dans des projets institutionnels locaux – requiert d'**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**. Le focus sur les personnes âgées permet en effet d'après nos répondants de fédérer des énergies autour de leurs spécificités et d'éviter de les invisibiliser mais le cloisonnement des interventions par catégorie d'âge est également perçu comme un écueil à éviter.

5) Analyse ICAMO « Contribuer à la création d'un cadre de vie favorable aux personnes âgées »

Interventions (I)	
<ul style="list-style-type: none"> • 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	
Outcomes (O)	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 lisibilité dû à la multiplication des initiatives locales et à la difficulté à articuler les engagements des partenaires en fonction : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des différences en termes d'échelle territoriale ○ Des différences en termes de publics 	
Mécanismes	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	

D. En guise de conclusion : Distribution dans la communauté versus Institutionnalisation du modèle d'aide et de soins intégrés

En travaillant sur les similitudes et les différences entre les projets pilotes, nous avons produit une « théorie de programme » relative aux modèles intégrés d'aide et de soins de proximité visant les seniors comprenant trois niveaux d'« ICAMO » (une par objectif). La mise en relation de celles-ci permet de montrer qu'elles se déclinent essentiellement selon deux configurations, l'une centrée sur la Distribution dans la communauté, l'autre sur l'Institutionnalisation du modèle d'aide et de soins intégrés :

	Configuration 1 <u>Distribution dans la communauté</u>	Hybridation	Configuration 2 <u>Institutionnalisation</u>
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 (guichet/connecteurs)		Systématicité structurée par les institutions (domicile/téléphone)
B) <u>Favoriser un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire</u>	Communauté d'action (rôles construits par référence à un devenir commun de quartier et aux effets sur lesquels s'engage le collectif)		Segmentation institutionnalisée (rôles déterminés en fonction de la place occupée dans le système)
C) <u>Contribuer à la création d'un cadre de vie favorable</u> aux personnes âgées.	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

Ces deux configurations se présentent dans les différents projets parfois de manière hybride ou composite, parfois de façon plus dominante.

L'analyse des contextes et des acteurs impliqués dans CitiSen, Zoom Seniors et Senior Solidarité permet de comprendre les éléments qui ont contribué à l'émergence de chaque configuration. Les modalités d'implication des pouvoirs publics locaux (Communes et CPAS) semblent être déterminantes en ce qu'elles impriment un mode de régulation aux projets : flexible ou systématique, ancré dans la communauté ou dans les institutions. Les

caractéristiques du public visé sont également importantes : la diversité (versus l'homogénéité) sociale et culturelle des seniors de la zone territoriale concernée et leur niveau d'intégration aux communautés présentes dans le quartier (versus leur isolement) ont conduit les projets pilotes à privilégier respectivement la première ou la seconde configuration. L'échelle territoriale est un autre élément de concrétisation des projets qui a guidé leur évolution : le niveau « quartier » semble plus propice au développement de la première configuration.

En termes de résultats et de contribution au réseau d'acteurs et à l'accompagnement des seniors, on peut identifier une participation plus diversifiée et distribuée entre les différentes catégories d'acteurs (social et santé, formel et informel) dans la première configuration. Dans la seconde, les services proposés vont davantage s'inscrire dans les rapports de confiance privilégiée qu'entretiennent les acteurs institutionnels avec certains de leurs partenaires. Enfin, les équipes de coordination impliquées dans la seconde configuration ont davantage tendance à s'impliquer dans l'accompagnement direct des seniors, incarnant celui-ci, tandis que dans la première, le relais vers et avec les partenaires reste l'activité maîtresse : la continuité s'organise autour des lieux décentralisés d'accueil des publics (guichets).

Grâce aux analyses réalisées avec les projets pilotes participants, nous avons également pu mettre en évidence des mécanismes qui permettent aux projets de remplir leurs missions. Parmi ceux-ci, citons : investir les différents lieux-clés de la vie de la personne âgée, reconnaître l'apport de chaque partenaire, capaciter les acteurs (formations, chartes, etc.), conventionner le cadre des interventions, se décentrer par rapport au métier et aux cadres de travail habituel, éviter l'arbitraire dans la sélection des acteurs faisant partie de l'éventail de l'offre, enrôler les hiérarchies, développer une éthique relationnelle, organiser la réciprocité des compétences et attitudes échangées, exploiter les éléments du diagnostic, 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. Les trois projets pilotes ont produit à ces fins un grand nombre d'outils, dont certains figurent en annexe du présent rapport. Ceux-ci peuvent nourrir le travail des autres initiatives menées en la matière, quelle que soit la configuration dans laquelle elles s'inscriront.

Pour terminer ce rapport, nous allons enfin produire quelques éléments de réflexions sur cinq enjeux pouvant affectant la transposabilité des configurations produites.

V. REFLEXIONS SUR LA TRANSFERABILITE

L'un des objectifs de ce rapport est de contribuer à la prise de décision en matière d'aide et de soins intégrés en Région de Bruxelles-Capitale en établissant quels sont les éléments de transférabilité issus de l'expérience de ces trois projets pilotes. Comme indiqué dans la partie méthodologique, nous avons mobilisé autour de la validation et de la transposabilité des constats posés dans les étapes précédentes à d'autres quartiers bruxellois deux démarches complémentaires : une revue de littérature internationale ciblée et un entretien de groupe avec des personnes issues d'administrations bruxelloises ou d'organismes à mission de service public en matière social-santé à Bruxelles, du milieu universitaire et scientifique, de fédérations d'acteurs des secteurs social ou santé. Compte tenu des contraintes temporelles de cette étude, cette partie a avant tout une visée exploratoire et ambitionne de fournir des éléments ciblés de réflexion. Nous avons structuré ces éléments autour de cinq constats, correspondant à autant de « nœuds » et de questions soulevées dans les chapitres précédents quant à un futur modèle intégré d'aide et de soins de proximité visant le maintien à domicile des personnes âgées à Bruxelles :

- Constat 1 : Le premier ICAMO « Entrer en contact et détecter les seniors » (Point IV.A.) a montré que les trois projets pilotes ont mis en œuvre des initiatives pour favoriser l'accès à des points d'information dans des espaces spécifiquement dédiés (points de contact unique), dans l'espace public (dépliants, dispositifs d'information mobiles), à domicile (dépôt de colis, appels téléphoniques) et dans les communautés (implication de personnes issues de ces communautés appelées "connecteurs de proximité"). Deux configurations ont été identifiées : l'une fondée sur une forme de Flexibilité ancrée dans la communauté, l'autre sur une forme de Systématicité structurée par les institutions.

Question(s) : Dans les modèles intégrés de soins et de soutien communautaires trouvés dans la littérature et dans l'expérience des participants au focus group de transférabilité, quels éléments sont mis en place pour favoriser l'acceptabilité sociale et culturelle des différents points d'information et atteindre les publics les plus éloignés ?

- Constat 2 : Le deuxième ICAMO portant sur « Favoriser un accompagnement , global, intégré et multidisciplinaire » (Point IV.B.) indique que dans les trois projets pilotes, l'intégration des acteurs de la santé (singulièrement les acteurs de première ligne) aux réseaux d'aides et de soins de proximité pose difficulté.

Question(s) : Quels sont les éléments mis en place dans le cadre de ces modèles intégrés de soins et d'assistance communautaires présents dans la littérature pour favoriser l'implication et l'intégration des acteurs de la santé aux acteurs de l'accompagnement social ?

- Constat 3 : Dans deux des trois projets pilotes, les coordinateurs ne se cantonnent pas à évaluer les besoins et relayer les seniors vers le réseau d'aides et de soins de proximité, mais ils accompagnent également les personnes âgées.

Question(s) : Les fonctions d'orientation et d'accompagnement sont-elles strictement séparées dans les modèles intégrés de soins et d'assistance communautaires que l'on trouve dans la littérature et dans l'expérience des participants au focus group bruxellois ? De quelle manière et selon quels principes ?

- Constat 4 : De façon transversale, dans les trois projets pilotes, la question de l'implication des pouvoirs publics locaux (CPAS et municipalités) est à la fois une ressource importante et une source de tensions entre les acteurs en raison de la rigidité des processus de décision (plus importante que dans le secteur associatif) et des relations de concurrence entre les acteurs. Ce rapport aux institutions locales structure d'ailleurs les différences de configurations entre ICAMO.

Question(s) : Quelles sont les modalités d'implication des pouvoirs publics locaux dans les modèles intégrés d'aide et de soins présents dans la littérature et dans l'expérience des participants au focus group bruxellois ? Comment sont-elles régulées ?

- Constat 5 : De façon transversale également, les trois projets pilotes soulèvent la question de l'échelle territoriale pertinente pour la mise en œuvre des différents volets d'un modèle intégré d'aides et de soins de proximité visant le maintien à domicile des personnes âgées à Bruxelles.

Question(s) : Quels éléments permettent de déterminer l'échelle territoriale pertinente pour la mise en œuvre des différents volets des modèles intégrés d'aides et de soins favorisant le maintien des personnes âgées à domicile ?

A. Comment favoriser l'acceptabilité sociale et culturelle des différents points d'information et atteindre les publics les plus éloignés ?

Dans chacun des trois projets pilotes, différents types de points d'information ont été organisés et des initiatives ont été prises pour promouvoir l'accès à ces points d'information dans différents endroits. Les points d'information se trouvaient dans des espaces dédiés, il s'agissait

de guichets uniques. Grâce à des dépliants et à des dispositifs d'information mobiles, l'information pourrait être diffusée dans l'espace public. À la maison, les gens étaient informés par le dépôt de colis ou par téléphone. Enfin, les personnes ont été informées dans les communautés via l'implication de communautés de personnes appelées « connecteurs de proximité ».

Des études récentes démontrent que les localités où vivent des personnes peuvent constituer des freins à la santé et accentuer les inégalités d'accès en la matière (Lega, 2007; Verté, 2017). Cependant, supposer que la proximité géographique d'une personne avec un service de santé ou de soins sociaux le rend plus accessible est une compréhension très « conventionnelle » du lieu (Cummins et al., 2007). En revanche, le travail relationnel est mentionné comme un facteur important. Celui-ci se concentre sur les liens entre la santé et la place de celle-ci dans les politiques et les services (Jupp et al., 2013, dans Carlsson & Pijpers, 2020). Selon Carlsson & Pijpers (2020), le travail relationnel vise à améliorer « l'accès aux services en comblant la distance relationnelle entre les résidents et les prestataires de services » (Carlsson & Pijpers, 2020, p. 215). Une étude récente démontre que la visibilité accrue des travailleurs de première ligne dans le quartier a permis d'améliorer la capacité de ceux-ci à identifier et à travailler avec des personnalités-clés de la communauté (Carlsson et Pijpers, 2020). L'implication de ces figures-clés des communautés dans la diffusion de l'information semble être un aspect fondamental pour faciliter l'accès aux soins, en particulier dans le cas des groupes minoritaires (Green et al., 2014).

Cela suppose que les travailleurs de première ligne relient les habitants d'un quartier aux lieux de prestation de services (Jupp et al., 2013, dans Carlsson & Pijpers, 2020). En favorisant les réseaux professionnels et informels (Stoopendaal, 2015), en mobilisant les communautés (Bartels, 2017) et en tendant la main aux résidents locaux (Carlsson & Pijpers, 2020), les services peuvent devenir plus proches dans un sens relationnel. La gouvernance de quartier ne garantit pas en soi l'accès aux services pour les personnes âgées issues de minorités ethniques. Mais elle rend le travail relationnel possible car elle permet aux travailleurs de première ligne d'être présents dans le quartier (Carlsson & Pijpers, 2020) et de faciliter l'accessibilité des services (Green et al., 2014).

Du côté des participants au focus group de validation et de réflexion sur la transférabilité, ce travail relationnel de proximité est également au cœur des recommandations visant à atteindre les publics les plus éloignés et à favoriser l'acceptabilité sociale et culturelle des services.

D'après l'expérience de l'un des chercheurs participant à ce focus group et les études qu'il a réalisées, les seniors ne parviennent pas à s'orienter dans le dédale des services pourtant

disponibles. Or, le fait de ne pas détecter à temps les besoins en matière d'aide sociale (aide et soutien) entraîne souvent un cumul de privations chez ces personnes âgées. Ces problèmes s'accumulent tout au long de leur vie. Détecter ces personnes âgées seulement après que les problèmes d'aide et de soutien se soient accumulés place souvent les prestataires de soins devant une tâche très difficile. Le modèle organisationnel des soins de proximité doit être en mesure de détecter les personnes âgées qui ont besoin d'aide et de soutien à un stade précoce, bien avant qu'elles ne nécessitent des soins médicaux ou paramédicaux.

L'absence des médecins généralistes dans les dispositifs étudiés préoccupe dès lors certains de nos répondants qui voient dans cet acteur le témoin et l'acteur privilégié en cas de détérioration de l'état de santé de la personne. Dans cette perspective de l'outreaching, certains évoquent également le métier d'assistant social, qui devrait selon eux être repensé autour du fil conducteur que constitue le logement.

Une approche axée sur le quartier présente l'avantage que la détection et l'orientation sont très proches du citoyen et que, dans ce contexte, la capacité informelle (boulangier, boucher, pharmacien, habitants du quartier,...) peut jouer un rôle très important.

La plupart des participants plaident donc pour une approche davantage inspirée de la configuration de type « **Flexibilité ancrée dans la communauté** » évoquée plus haut. Ils partagent ce point de vue selon lequel est nécessaire de « faire moins de formulaire et d'administration et [de] personnaliser, relier ». Il s'agit de « privilégier le bas seuil » dans les organisations de soins et d'accompagnement social, de « développer l'*outreaching*, soit le fait d'aller vers les publics en situation de fragilité dans tous les lieux qu'ils fréquentent ». Ceci implique pour l'un des participants de faire face aux limites que représente dans ce contexte la confrontation au Règlement général de protection des données (RGPD) et au risque de démultiplier les outils à cause de la segmentation administrative entre acteurs.

En lien avec la configuration **Systematicité structurée par les institutions**, un autre participant souligne toutefois le levier que représente l'autorité publique (par rapport à une approche par le bas) dans le cadre de l'accès des publics aux services concernés. Cette autorité publique dispose de certaines prérogatives qui pourraient lui permettre de gérer l'agrément et le financement des acteurs sans lesquelles le projet n'a pas toujours de légitimité à solliciter les acteurs. Il s'agit pour lui également de pouvoir mobiliser cette autorité dont les missions généralistes touchent l'ensemble de la population en modifiant la manière d'organiser les services (en évitant par exemple les fermetures telles que nous les avons connues pendant le Covid-19 et les freins à l'ouverture que constituent les rendez-vous en ligne).

L'un des participants est même d'avis que si tous les acteurs social-santé appliquent une logique d'*outreaching*, les projets d'aides et de soins intégrés de proximité ne sont pas indispensables.

B. Comment intégrer les acteurs sanitaires et sociaux aux modèles ?

L'intégration des multiples acteurs de santé et des services sociaux a constitué un défi pour les projets-pilotes présentés dans ce rapport. Ce défi est également mentionné dans la littérature scientifique. Malgré l'importance accordée à l'intégration des soins de santé primaires (Meijboom et al., 2004; van Bilsen et al., 2008) et l'attention portée au travail d'équipe dans les soins communautaires, il semble difficile de réaliser une coopération multidisciplinaire entre ces professionnels (Janssen et al., 2015).

Différentes difficultés sont mentionnées dans la littérature qui rendent difficile la mise en œuvre de soins intégrés (communautaires) dans la perspective professionnelle, comme la division culturelle entre les professionnels (Billings, J. & Leichsenring, K., 2005, dans Janssen et al., 2015; Glendinning, 2003) et « les problèmes d'interfaces entre les professionnels et les organisations » (Nies, 2006, p. 394). Selon Nies, « Les frictions entre les professionnels et les organisations reflètent souvent la fragmentation des différents systèmes impliqués. Néanmoins, dans le même temps, cette fragmentation est souvent associée à des identités professionnelles qui ont évolué au cours d'une longue période. Cette relation 'de la poule ou de l'œuf' entre structures distinctes et perspectives professionnelles différentes est potentiellement l'un des obstacles les plus sérieux à l'intégration » (Nies, 2006). D'autres obstacles sont constitués par « les règles et réglementations organisationnelles et procédurales prévalant dans le secteur » (Billings, J. et Leichsenring, K., 2005, dans Janssen et al., 2015; Elissen et al., 2011), « les conceptions du système axées sur l'offre » (Nies, 2006), « les problèmes financiers et législatifs » (Nies, 2006), la « complexité du système » (Nies, 2006), « l'expertise externe et la capacité de gestion limitées » (Ovretveit et al., 2010) et « les relations de pouvoir entre les services nouvellement intégrés et les professionnels » (Glendinning, 2003). Glendinning note ainsi que les hiérarchies symboliques (entre acteurs de la santé et du social par exemple) ont tendance à perdurer dans le temps.

De même, une étude récente a identifié vingt défis correspondant à l'intégration « fonctionnelle » et « normative » des projets dits d'« *integrated neighbourhood approach* » (INA) (van Dijk et al., 2016). Cela comprend des défis liés aux compétences individuelles et d'équipe, des intérêts organisationnels contradictoires, un manque d'engagement organisationnel et un manque d'outils de soutien (van Dijk et al., 2016). L'étude indique ainsi

que « les outils de soutien doivent être réactifs aux difficultés des professionnels et au besoin d'innovation tout en respectant l'autonomie et la diversité professionnelle » (van Dijk et al., 2016). L'étude pointe en particulier le manque d'outils de soutien matériels et immatériels pour la création de valeurs partagées et l'alignement des normes professionnelles (van Dijk et al., 2016), mais ne spécifie pas pour autant ces outils de soutien.

Un autre cadre fournit des conseils dans l'implication des différents acteurs de la santé et des services sociaux, il s'agit du « Nomological network of Organisational Empowerment », développé par Peterson et Zimmerman. Le modèle distingue trois niveaux qui influencent le succès de l'organisation dans l'atteinte de ses objectifs, à savoir le niveau intra, inter- et extra-organisationnel (Peterson & Zimmerman, 2004). Des recommandations en matière de politiques et de pratiques à ces trois niveaux ont été formulées (Janssen et al., 2015).

Premièrement, des recommandations au niveau intra-organisationnel. Étant donné que le fonctionnement intergroupe dépendra des relations intra-organisationnelles, le représentant de chaque organisation doit être soigneusement sélectionné. Des compétences en communication et en coopération sont essentielles. Les auteurs relèvent également que la confiance entre les professionnels, les organisations et les décideurs est essentielle. Ensuite, ils préconisent que les décideurs n'établissent pas à l'avance la manière dont les professionnels travaillent ensemble afin que la coopération puisse dépendre du contexte local et des professionnels impliqués.

Deuxièmement, au niveau inter-organisationnel, l'étude définit l'importance pour les professionnels de construire des ponts entre les organisations. En distinguant clairement les tâches et les responsabilités, la coopération entre les acteurs peut être renforcée et les contacts externes des professionnels peuvent être facilités. Pour s'assurer que les informations fournies dans le réseau multidisciplinaire sont partagées au sein des organisations, il faut prêter attention aux structures de communication (Janssen et al., 2015).

Enfin, au niveau extra-organisationnel, les auteurs mettent l'accent sur l'attitude des professionnels et des organisations, car ceux-ci devraient selon eux agir en tant que « défenseur du mode de travail des soins intégrés » (Janssen et al., 2015). L'étude recommande aux décideurs de tenir compte de l'expertise des professionnels, et d'entamer un dialogue avec les ces derniers et les autres parties prenantes afin d'aligner les attentes et de créer un environnement dans lequel tous les acteurs peuvent apprendre (Janssen et al., 2015).

En conséquence, Lipsky (1980) soutient que la mise en œuvre des politiques est largement influencée par ceux qui les mettent en œuvre. Il affirme que l'efficacité des mesures politiques dans la mise en œuvre des soins intégrés peut être mesurée en surveillant l'exécution de la

politique dans la pratique (Lipsky, 1980, dans Janssen et al., 2015). Cependant, il existe peu de preuves empiriques à l'appui de cette théorie (Janssen et al., 2015).

Même s'il existe de multiples cadres pour évaluer ou mettre en œuvre des pratiques de soins intégrés (communautaires), d'après les résultats de cette revue de la littérature, il n'existe pas beaucoup de recherches sur les méthodes et les outils utilisés dans ces pratiques.

Du côté du focus group de validation et de transférabilité, les participants soulignent les différences – et les complémentarités – des rapports de confiance établis dans les secteurs de la santé d'une part, de l'accompagnement social d'autre part.

L'un des chercheurs ayant participé à ce groupe mobilise son expérience dans des projets du même type à Bruxelles et en Flandre pour souligner que d'après lui lorsque des projets de soins intégrés sont mis en place, ils partent généralement d'une définition assez limitée des soins (soins médicaux ou paramédicaux). L'aide et le soutien, en d'autres termes les composantes du bien-être, sont rarement abordés. Dans les enquêtes sur les besoins des personnes âgées en Flandre (<http://fr.belgianageingstudies.be/>), menées auprès de plus de 80.000 personnes âgées, il constate comme c'est le cas dans les projets-pilotes qu'il existe une hiérarchie claire des besoins chez les plus de 60 ans : les personnes âgées ont souvent besoin d'aide et de soutien bien avant d'avoir besoin de soins médicaux ou paramédicaux. Dans la hiérarchie des aides, soutiens et soins, il apparaît que l'aide est d'abord nécessaire pour les tâches ménagères ou les soucis administratifs (21%), puis pour l'aide aux problèmes de mobilité (20%), et enfin pour les soins médicaux ou paramédicaux (9% de la population âgée). Pourtant, selon le quartier où ils vivent, entre 5 et 15 % des personnes qui ont besoin d'aide, de soutien ou de soins ne les reçoivent pas.

Un autre aspect important des soins intégrés selon ce chercheur est le paradigme dans lequel ils sont imbriqués. Les projets tels que le "Protocole3" et les "Soins chroniques" partent invariablement d'un modèle d'intervention biomédical dans lequel il y a un patient, plutôt subordonné à la pathologie, et dans lequel le prestataire de soins est le spécialiste.

C'est l'une des raisons selon ce chercheur pour lesquelles les diverses tentatives d'intégrer une approche axée sur le quartier dans un modèle de soins biomédicaux ne semblent pas aboutir. L'approche axée sur le quartier est diamétralement opposée au paradigme de l'intervention biomédicale et nécessite donc un modèle d'organisation différent. Le fait que les deux modèles doivent être connectés au niveau du quartier constitue le défi pour une aide, un soutien et des soins en continu.

C. Quelle articulation entre fonction de relais et fonction d'accompagnement ?

Comme nous l'avons vu dans le chapitre relatif à l'analyse des trois projets pilotes, la séparation ou le possible recouvrement des fonctions de relais et d'accompagnement dans le chef des coordinateurs et chargés de projet est au cœur d'une série d'interrogations (risque de concurrences entre partenaires, palliatif à des services débordés, personnalisation de la relation d'aide, etc.). Cette question n'est pas abordée dans la littérature que nous avons pu rassembler. Mais les participants à notre focus group ont partagé leur point de vue et leurs expériences sur la question.

Nos répondants estiment ainsi que la continuité de l'accompagnement du senior ne repose pas sur une personne unique qui devrait s'assurer à la fois d'orienter et d'accompagner le senior mais sur l'espace de confiance, le lieu au sein duquel s'exerce l'outreaching mentionné plus tôt. Ils préconisent donc plutôt que les services et associations détachent du personnel dans ces espaces (comme dans la première configuration de l'ICAMO 2) plutôt que de confier ces deux missions à une seule personne : « Les personnes veulent trouver réponse à leur besoin, peu importe qui c'est [qui le fait] ».

Pour refuser l'incarnation de la fonction d'accompagnement, ils évoquent notamment le risque que le service ne soit pas effectif si le « courant ne passe pas » avec le bénéficiaire potentiel et la précarité des postes de chargés de projet créés (ici liée au financement sous forme de projet pilote) qui ne permet pas de faire reposer selon eux la continuité du suivi sur une personne spécifique. D'après nos participants, la confiance peut s'établir et puis être transmise d'un acteur à l'autre à condition que celui-ci soit « validé ». L'exemple du médecin généraliste qui confie ses patients à son stagiaire après deux ou trois visites réalisées en commun est mentionné. Dans le cas contraire, ils expriment la crainte de créer un nouveau service : « Ne créez surtout rien de nouveau » ; « C'est préoccupant car l'objectif c'est de relier les gens avec d'autres [services], le risque est de devenir un service de plus [pour pallier un manque de disponibilité des services existants], mais de ne pas faire lien avec les autres acteurs ». Plutôt que de développer un nouveau type d'acteur de terrain participant à un comité de pilotage rassemblant d'autres acteurs (configuration 2), ils plaident pour une fonction de coordination autour d'une nouvelle manière de travailler, où chaque service développe son propre outreaching et travaille les interactions au concret (Configuration de type Communauté d'action).

Ils mentionnent également un enjeu lié à l'optimisation des moyens octroyés : « Le temps est réduit : il faut aider les personnes qui ne sont pas en maison médicale en priorité, les soutenir, quand le besoin n'est vraiment pas rencontré ».

Ces remarques rejoignent également l'expérience du chercheur impliqué dans le focus group. D'après lui, dans différents projets de soins communautaires (par exemple à Knokke-Heist et à Anvers), de nombreuses discussions ont été consacrées au rôle et à la fonction du "directeur" local. Dans les deux cas, il s'agissait de personnes ayant suivi une formation en travail social. Dans les deux projets, les "directeurs" locaux souhaitaient à l'origine effectuer une détection précoce, clarifier le problème et, si possible, réaliser eux-mêmes l'intervention. Il est vite apparu d'après le chercheur qu'il s'agissait d'une tâche impossible et que le développement d'un réseau de détection devait être séparé du réseau d'intervention. La clarification des problèmes a également été effectuée par le réseau-même de prestataires de services et de soins. La "directrice" locale s'est donc finalement consacrée au développement d'un réseau informel de soutien à la détection précoce et au renforcement d'une plateforme de coopération entre les prestataires de services et de soins actifs dans le quartier. L'avantage de ce système d'après le chercheur, c'est que, grâce aux "ambassadeurs" (résidents locaux, boulangers, bouchers, agents de la police locale, pharmaciens, etc.), on a détecté un grand nombre de personnes âgées qui avaient besoin d'aide et de soutien, et qui, autrement, ne fréquentaient pas les services sociaux. Cela signifie que le "directeur" local n'a jamais remplacé ce qui était déjà disponible en termes de services. Contrairement à l'autre attitude, à savoir prendre en charge à la fois la détection, la clarification des problèmes et l'intervention, cela n'a pas suscité de sentiment de concurrence éventuelle avec les services existants. Alors que le rôle précédent, qui cumulait relais et accompagnement, a très vite conduit à une surcharge de travail, ce n'est plus le cas et la directrice locale a eu l'occasion de mener le même processus dans deux autres quartiers de la commune.

D. Quelles modalités d'implication des pouvoirs publics locaux sont pertinentes ?

Le quatrième thème qui a émergé des autres étapes de cette évaluation traite de la participation des autorités locales, telles que les Centres Publics d'Action Sociale (CPAS) et les communes dans les projets intégrés d'aide et de soin. Bien que les décideurs politiques soient identifiés dans la littérature comme une partie prenante du concept d'Integrated community care (ICC) (soins communautaires intégrés) (Ehrenberg et al., 2021), les projets ont vécu leur implication à la fois comme une ressource et une source de tension en raison du processus décisionnel considéré comme plus rigide que dans le secteur associatif. La question s'est posée de savoir s'il existait des modèles de soins intégrés dans lesquels les autorités locales avaient une position claire dans la réglementation de l'assistance et des soins.

La « gouvernance des services publics par quartier » est l'un des modèles évoqués dans la littérature. Il peut être défini comme « la prise de décision collective et/ou la prestation de services publics au niveau infralocal » (Lowndes et Sullivan, 2008). La gouvernance par quartier est populaire parmi les décideurs politiques dans la mesure où elle améliorerait l'accès et la prestation des services publics (Bailey et Pill, 2011) et constituerait un outil pour résoudre les problèmes dans les zones défavorisées (Bailey et Pill, 2011; Lowndes et Sullivan, 2008). La recherche démontre que ce type de gouvernance permet aux autorités locales de collaborer avec les travailleurs de première ligne pour adapter la prestation de services aux besoins des résidents. De cette manière, l'utilisation et la pertinence des services ont été accrues (Bartels, 2017; Durose, 2009). Cependant, même s'il est populaire et de plus en plus courant, il existe un désaccord entre les chercheurs sur l'efficacité de ce type de gouvernance à traiter les désavantages subis par les minorités (MacLeavy, 2008).

Comme mentionné ci-dessus, le contexte local dans lequel vivent les personnes peut déterminer des inégalités en matière de santé (Lega, 2007; Verté, 2017). Cependant, nous ne pouvons pas présumer que la proximité d'une personne avec un certain service de santé ou social le rend plus accessible (Cummins et al., 2007; Janssen et al., 2015). En revanche, la gouvernance de quartier peut mobiliser une approche relationnelle du lieu qui met l'accent sur les liens entre la santé et la place dans les politiques et les services (Andrews et al., 2012). Cummins et al. (2007) affirment que les distances sociales et les différences d'idées et de significations culturelles peuvent être surmontées par le biais de « bridges » (ponts). De cette façon, l'accès aux soins est facilité (Cummins et al., 2007).

Le travail relationnel consiste à traduire les connaissances locales auprès des responsables des politiques locales et auprès des gestionnaires de services. Il s'agit de franchir les frontières en construisant des alliances entre des personnes dans différents sous-systèmes (van Hulst et al., 2012). Il est essentiel d'avoir des connaissances relatives aux deux côtés de la frontière pour que cela fonctionne (van Hulst et al., 2012). Van Hulst (2012) a constaté que pour y parvenir, les travailleurs de première ligne devaient 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).

Dans des études antérieures, la construction de ces ponts était rendue possible parce qu'elle reposait sur les efforts de « praticiens exemplaires », en utilisant des pratiques de travail courantes (van Hulst et al., 2012). L'utilisation des connaissances contextuelles et locales pour travailler de manière innovante s'est toutefois souvent heurtée à la résistance des autorités

locales et des gestionnaires, comme le montre l'exemple d'un quartier de la ville d'Amsterdam (Bartels, 2017). Bartels (2017) a expliqué que les gestionnaires et les autorités locales se concentraient souvent sur les résultats quantitatifs, par exemple le nombre de participants à un événement ou à des initiatives. Par conséquent, ils n'ont pas reconnu le travail relationnel nécessaire pour mobiliser les habitants défavorisés (Bartels, 2017). Un autre élément à garder à l'esprit est le temps nécessaire pour apprendre à connaître un quartier et ses résidents et commencer à mettre en œuvre des soins intégrés, car la recherche démontre que le travail relationnel est une activité qui prend beaucoup de temps (van Dijk et al., 2016). Carlsson & Pijpers (2020) affirment que lorsque des mesures d'austérité sont imposées aux pratiques de gouvernance de quartier, les travailleurs de première ligne risquent de ne pas consacrer assez de temps au travail relationnel, qui est un élément clé du succès de la gouvernance de quartier. Les éléments évoqués dans le cadre de notre focus group vont sensiblement dans le même sens. Nos répondants affirment ainsi que dans les cas où la commune veut le leadership et ne l'obtient pas, le risque est grand que les services communaux se désengagent.

Eviter cela implique pour eux de 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. En reliant le projet aux enjeux actuels des pouvoirs locaux au sein d'une même Communauté d'action, tendue vers des réalisations communes, ces participants pensent qu'il est possible de 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. Ils préconisent l'implication des gens de terrain, qui une fois « le pied dedans », font « bouger leur hiérarchie ». Les tensions qui peuvent exister entre CPAS et communes à Bruxelles sont toutefois à prendre en compte dans ce cadre et peuvent constituer un frein.

L'un des participants défend quant à lui les avantages des configurations du type « segmentation fondée sur les institutions » en témoignant du fait que « dans ma commune, c'est une autre logique, on ne voit pas pourquoi on se disperserait dans un réseau ». Le contexte est donc déterminant pour apprécier si l'une ou l'autre configuration est à privilégier.

E. Quels éléments permettent de déterminer l'échelle territoriale pertinente ?

Même si les approches de quartier, telles que le travail relationnel, sont situées aux limites géographiques et administratives d'un quartier, il convient également de prêter attention à l'influence de l'environnement de gouvernance multi-niveaux et multi-acteurs des quartiers

(Durose & Lowndes, 2010), c'est-à-dire aux « changements de politique et aux dépendances aux ressources » (Durose & Lowndes, 2010) à d'autres niveaux (Durose & Lowndes, 2010).

Selon nos participants au focus group, pour déterminer l'échelle territoriale pertinente, il est important de distinguer la mission de renforcement du réseau par le projet de celle de la mise en contact avec les personnes fragilisées. La première devrait selon eux être développée à un échelon territorial supérieur (la commune) tandis que la seconde devrait se 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.).

La question du changement d'échelle est cruciale également. D'après le chercheur participant au focus group, étant donné que les soins axés sur la communauté nécessitent un certain nombre de composantes pour démarrer un projet, il n'est pas possible de faire un copier-coller d'un projet existant vers un autre quartier. Certes, un certain nombre d'étapes sont toujours nécessaires en termes de processus et celles-ci peuvent être répliquées. Par exemple, il convient d'établir un diagnostic du quartier, qui en dresse le profil, dans lequel sont répertoriés les acteurs formels et informels existants, les réseaux et coopérations pertinents, les profils de risque des habitants du quartier (personnes vulnérables, personnes socialement et économiquement défavorisées, diversité, aidants, etc). Mais le résultat-même de ces différentes étapes n'est pas le même. La transposition d'un projet d'un quartier à un autre n'est donc pas très efficace. En effet, c'est sur la base de toutes ces composantes que les plateformes et les initiatives de coopération, tant en fonction de la détection que de l'offre, doivent trouver une connexion avec ce qui est déjà présent dans le quartier. Les processus nécessaires au démarrage et au maintien de tels modèles organisationnels sont assez génériques, mais la mise en œuvre concrète est tellement spécifique au contexte que les processus doivent être correctement mis en œuvre par zone. Il est donc important d'après ce chercheur, pour le développement et la mise à l'échelle de tels projets de soins axés sur le voisinage, de disposer de connaissances sur ces processus, et de développer en situation les connaissances spécifiques à chaque composante.

VI. CONCLUSION

En 2017, la Commission communautaire commune a lancé un appel à projets-pilotes pour contribuer à la réflexion sur un modèle intégré d'aide et de soins de proximité visant le maintien à domicile des personnes âgées en Région de Bruxelles-Capitale. La méthode d'évaluation réaliste et les comparaisons systématiques menées entre les trois projets nous ont amené à produire une « théorie de programme » et à mettre en évidence deux configurations : l'une centrée sur la Distribution dans la communauté, l'autre sur l'Institutionnalisation du modèle d'aide et de soins intégrés. Les modalités d'implication des pouvoirs publics locaux (Communes et CPAS), les caractéristiques du public visé (degré de diversité et d'isolement), l'échelle territoriale ont déterminé en grande partie la configuration privilégiée par chacun des projets (cf. IV.D. En guise de conclusion : Distribution dans la communauté versus Institutionnalisation du modèle d'aide et de soins intégrés). Elles ont aussi conduit à des résultats différents : une contribution plus distribuée entre les différentes catégories d'acteurs (social et santé, formel et informel) dans le premier cas et un renforcement des partenariats institutionnels dans l'autre ; une tendance à ancrer la fonction de relais dans un lieu partagé par les divers intervenants dans la première configuration, contre une tendance à incarner la fonction d'accompagnement par une personne dans la seconde.

Nous avons ensuite exploré grâce à la littérature et à un focus group de validation quelques grands enjeux et questions liés à la transférabilité de ces configurations (Chapitre V) :

- 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 ?

L'exploration des questions-clé de l'évaluation de ces projets-pilotes en vue d'une transférabilité au territoire bruxellois nous ramène à l'enjeu du travail relationnel qui est au centre du dispositif. Facteur incontournable du succès de la gouvernance de quartier, le travail relationnel se déploie sur trois niveaux : le niveau inter-individuel dans le cadre de l'*outreaching* mené auprès des publics, le niveau organisationnel via le modèle de mise en réseau des acteurs de l'offre d'aides et de soins, dans une logique intégrative, et le niveau de la gouvernance locale, dans le cadre de la sensibilisation et de l'alliance avec les pouvoirs publics. Ce travail relationnel s'opère au

travers d'une ou de plusieurs fonctions, sur le temps long et dans une nécessaire continuité d'actions. Il nécessite selon notre analyse de transférabilité un contexte de réalisation stable, afin que la connaissance du territoire et l'expertise métier puissent se développer. Pour pallier les problématiques de *turn-over* des professionnels et favoriser le relais entre intervenants au bénéfice des seniors, nos participants au focus group de validation recommandent également l'ancrage de l'orientation et de l'accompagnement dans un espace délocalisé tel qu'observé dans la première configuration, plutôt qu'une logique incarnée dans une personne spécifique.

Sur le plan de l'intégration du social et de la santé, qui plus est à l'échelle locale, trois lignes de force se dessinent dans la logique d'articulation optimale au sein du modèle : l'une touchant aux dynamiques territoriales, l'autre aux fonctions distinctes de relais et d'accompagnement des personnes, la troisième au rapport entre secteurs et besoins. Sur le premier point, il apparaît d'après nos participants que le niveau optimum de mise en contact des seniors avec les services s'opèrera à l'échelle de quartier(s), à la différence du renforcement des réseaux qui s'opèrera plus avantageusement à l'échelon supérieur (communal). Sur le deuxième point, l'intégration de la santé et du social ne pourra éviter les concurrences et redondances entre acteurs selon nos répondants que grâce à la reconnaissance de la complémentarité et à la séparation des fonctions de relais et d'accompagnement entre acteurs. Sur le troisième point enfin, la prédominance des besoins en termes d'aide à la vie quotidienne et d'aide sociale parmi les seniors semble plaider pour un modèle intégratif qui ne soit pas médico-centré. Il est préférable d'après les acteurs consultés de 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.

Loin d'épuiser le débat sur les défis que pose la matérialisation d'un modèle intégré d'aide et de soins à l'échelon local, nous espérons au travers de ce rapport et de ses différentes sections éclairer le lecteur sur la manière dont les dynamiques et enjeux locaux peuvent être pris en compte dans le cadre d'une structuration régionale de l'offre socio-sanitaire.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- Ahmed, N., Mandel, R., & Fain, M. J. (2007). Frailty: an emerging geriatric syndrome. *The American Journal of Medicine*, 120(9), 748-753. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.10.018>
- Andrews, G. J., Evans, J., & Wiles, J. L. (2012). Re-spacing and re-placing gerontology: relationality and affect. *Ageing and Society*, 33(8), 1339-1373. <https://doi.org/10.1017/s0144686x12000621>
- Bailey, N., & Pill, M. (2011). The Continuing Popularity of the Neighbourhood and Neighbourhood Governance in the Transition from the 'Big State' to the 'Big Society' Paradigm. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 29(5), 927-942. <https://doi.org/10.1068/c1133r>
- Bartels, K. (2017). The double bind of social innovation: Relational dynamics of change and resistance in neighbourhood governance. *Urban Studies*, 54(16), 3789-3805. <https://doi.org/10.1177/0042098016682935>
- Blickem, C., Dawson, S., Kirk, S., Vassilev, I., Mathieson, A., Harrison, R., Bower, P., & Lamb, J. (2018). What is asset-based community development and how might it improve the health of people with long-term conditions? A realist synthesis. *SAGE Open*, 8(3). <https://doi.org/10.1177/2158244018787223>
- Carlsson, H., & Pijpers, R. (2020). Working towards health equity for ethnic minority elders: spanning the boundaries of neighbourhood governance. *Journal of Health Organization and Management*, 35(2), 212-228. <https://doi.org/10.1108/JHOM-08-2020-0325>
- CitiSen. (2020). *Rapport d'activité du projet : « La Ruche de nos quartiers » / CitiSen – Année 2019.*
- Contact Plus. (2017). *Dossier de candidature à l'Appel à projet « 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.* Commune d'Etterbeek.
- Contact Plus. (2019). *Bien vivre chez soi dans un quartier solidaire : Diagnostic comité scientifique.* Commune d'Etterbeek.
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. V., & Macintyre, S. (2007). Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach. *Social Science & Medicine*, 65(9), 1825-1838. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.036>

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe.*
- Dalkey, N. (1969). An experimental study of group opinion: The Delphi method. *Futures*, 1(5), 408-426. [https://doi.org/10.1016/S0016-3287\(69\)80025-X](https://doi.org/10.1016/S0016-3287(69)80025-X)
- Dossou, J-P., & Marchal, B. (2019). L'évaluation réaliste. Dans V. Ridde, & C. Dagenais (dir.), *Évaluation des interventions de santé mondiale: Méthodes avancées* (p. 433-462). IRD Éditions, ESBC.
- Durose, C. (2009). Front-Line Workers and 'Local Knowledge': Neighbourhood Stories in Contemporary Uk Local Governance. *Public Administration*, 87(1), 35-49. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2008.01737.x>
- Durose, C., & Lowndes, V. (2010). Neighbourhood Governance: Contested Rationales within a Multi-Level Setting – A Study of Manchester. *Local Government Studies*, 36(3), 341-359. <https://doi.org/10.1080/03003931003730477>
- Ehrenberg, N., Vandenbroeck, P., Sørensen, M., & Vandensande, T. (2021). Integrated Community Care—A Community-Driven, Integrated Approach to Care. In *Handbook Integrated Care* (pp. 105-118). https://doi.org/10.1007/978-3-030-69262-9_7
- Elissen, A. M., van Raak, A. J., & Paulus, A. T. (2011). Can we make sense of multidisciplinary co-operation in primary care by considering routines and rules? *Health and Social Care in the Community*, 19(1), 33-42. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00946.x>
- Foot, J., & Hopkins, T. (2010). *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being.*
- Gammes asbl. (2017). *Dossier de candidature à l'Appel à projet « 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.* Bruxelles.
- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65(2), 139-151. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(02\)00205-1](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(02)00205-1)
- Gobbens, R. J., & van Assen, M. A. (2012). Frailty and its prediction of disability and health care utilization: the added value of interviews and physical measures following a self-report questionnaire. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(2), 369-379. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.008>
- Goodwin, N. (2014). Thinking differently about integration: people-centred care and the role of local communities. *International Journal of Integrated Care*, 14.

- Green, G., Davison, C., Bradby, H., Krause, K., Mejias, F. M., & Alex, G. (2014). Pathways to care: how superdiversity shapes the need for navigational assistance. *Sociology of Health & Illness*, 36(8), 1205-1219. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12161>
- Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2016). *Zoom sur les communes : Etterbeek*. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/fiches-communales/2016/etterbeek_fr.pdf
- Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse et Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2016). *Zoom sur les communes : Saint-Gilles*. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/fiches-communales/2016/saint-gilles_fr.pdf
- Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse et Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2016). *Zoom sur les communes : Ville de Bruxelles*. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/fiches-communales/2016/bruxelles_fr.pdf
- Janssen, B. M., Snoeren, M. W., Van Regenmortel, T., & Abma, T. A. (2015). Working towards integrated community care for older people: empowering organisational features from a professional perspective. *Health Policy*, 119(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.016>
- Johansson, K., Josephsson, S., & Lilja, M. (2008). Creating possibilities for action in the presence of environmental barriers in the process of 'ageing in place'. *Ageing and Society*, 29(1), 49-70. <https://doi.org/10.1017/s0144686x08007538>
- Lega, F. (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health Policy*, 81(2-3), 258-279. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.06.006>
- Lowndes, V., & Sullivan, H. (2008). How Low Can You Go? Rationales and Challenges for Neighbourhood Governance. *Public Administration*, 86(1), 53-74. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2007.00696.x>
- MacLeavy, J. (2008). Managing Diversity? 'Community Cohesion' and Its Limits in Neoliberal Urban Policy. *Geography Compass*.
- Maison Biloba Huis. (2019). *Diagnostique du projet « La Ruche de nos quartiers / CitiSen »*.
- Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>

- Meijboom, B., de Haan, J., & Verheyen, P. (2004). Networks for integrated care provision: an economic approach based on opportunism and trust. *Health Policy*, 69(1), 33-43. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.11.005>
- Minkman, M., Ahaus, K., Fabbriotti, I., Nabitz, U., Huijsman, R. (2009). A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(1), 66-75. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn048>
- Mirzaei, M., Aspin, C., Essue, B., Jeon, Y.-H., Dugdale, P., Usherwood, T., & Leeder, S. (2013). A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. *BMC Health Services Research*, 13, 1-11.
- Nies, H. (2006). Managing effective partnerships in older people's services. *Health and Social Care in the Community*, 14(5), 391-399. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00652.x>
- Nies, H. (2014). Communities as co-producers in integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 14(2).
- Ovretveit, J., Hansson, J., & Brommels, M. (2010). An integrated health and social care organisation in Sweden: creation and structure of a unique local public health and social care system. *Health Policy*, 97(2-3), 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.05.012>
- Patterson, K., Newman, C., Doona, K. (2014). Improving the care of older persons in Australian prisons using the Policy Delphi method. *Dementia*, 15(5), 1219-33. <https://doi.org/10.1177%2F1471301214557531>
- Pawson, R. et Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Sage Publications.
- Peterson, N. A., & Zimmerman, M. A. (2004). Beyond the individual: Toward a nomological network of organizational empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 34(1-2), 129 - 145. <https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000040151.77047.58>
- Rayens, M. K., Hahn, E. J. (2000). Building Consensus Using the Policy Delphi Method. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 1(4), 308-315. <https://doi.org/10.1177%2F152715440000100409>
- Réseau Quartier Aide et Soins (2019). *Diagnostic des quartiers prioritaires*.
- Ridde, V. et Dagenais, C. (dir.). (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Presses de l'Université de Montréal.
- Senior Solidarite(it). (2020). *Rapport d'activités 2019*. Commune d'Etterbeek.
- Senior Solidarite(it). (2021). *Rapport d'activités 2020*. Commune d'Etterbeek.

- Senior Solidarite(it). (2022). *Rapport d'activités 2021*. Commune d'Etterbeek.
- Statbel, l'office belge de statistique. (2022). *Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale*.
<https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale#news>
- Stoopendaal, A. (2015). Managing different forms of distances in Dutch healthcare organizations: The relation between managers and professionals as a dynamic continuum of distance and proximity. *Journal of Health Organization and Management*, 29(7), 1080-1097. <https://doi.org/10.1108/JHOM-08-2014-0141>
- Thiam, Y., Allaire, J. F., Morin, P., Hyppolite, S. R., Dore, C., Zomahoun, H. T. V., & Garon, S. (2021). A Conceptual Framework for Integrated Community Care. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.5555>
- Turoff, M. et Linstone H. (2002). The Policy Delphi. Dans H. Linstone & M. Turoff (dir.), *The Delphi Method: Techniques and applications* (p.80-96). Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- van Bilsen, P. M., Hamers, J. P., Groot, W., & Spreeuwenberg, C. (2008). The use of community-based social services by elderly people at risk of institutionalization: an evaluation. *Health Policy*, 87(3), 285-295.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.12.015>
- Van Cauwenberg, J., Mertens, L., Petrovic, M., Van Dyck, D., & Deforche, B. (2022). Relations of the neighbourhood socio-economic and physical environment with 3-year changes in health-related quality of life among community-dwelling older adults in Belgium. *Cities*, 128. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2022.103732>
- van Dijk, H. M., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2016). How To Build an Integrated Neighborhood Approach to Support Community-Dwelling Older People? *International Journal of Integrated Care*, 16(2), 4. <https://doi.org/10.5334/ijic.1596>
- van Hulst, M., de Graaf, L., & van den Brink, G. (2012). The work of exemplary practitioners in neighborhood governance. *Critical Policy Studies*, 6(4), 434-451.
<https://doi.org/10.1080/19460171.2012.730763>
- Vandensande, T. (2020). Starting the Transition Towards Integrated Community Care 4all. *International Journal of Integrated Care*, 20(2), 18. <https://doi.org/10.5334/ijic.5553>
- Vasunilashorn, S., Steinman, B. A., Liebig, P. S., & Pynoos, J. (2012). Aging in place: evolution of a research topic whose time has come. *Journal of Aging Research*, 2012, 120952.
<https://doi.org/10.1155/2012/120952>

Verté, E. (2017). *Caring for Care. The development of the INclusive CAre framework*. Vrije Universiteit Brussel.

VIII. ANNEXES

<i>Annexe 1 - Guide d'entretien à destination des équipes de coordination</i>	171
<i>Annexe 2 - Questionnaire de la 1ère phase du Delphi sur Lime Survey</i>	174
<i>Annexe 3 - Guide d'entretien à destination des bénéficiaires des projets</i>	178
<i>Annexe 4 - Fiche d'identification des séniors et des aidants-proches</i>	180
<i>Annexe 5 - Questionnaire de demande des besoins des seniors pour les permanences des Ruches</i>	184
<i>Annexe 6 – Sensibilisation aux premiers secours</i>	187
<i>Annexe 7 - Description des sous-catégories de démarche et actions entreprises</i>	188
<i>Annexe 8 - La fiche d'entretien</i>	190
<i>Annexe 9 - Arbre du zorgcoach</i>	194
<i>Annexe 10 - Critères d'évaluation et de sélection pour les lieux et organisations hébergeant ces permanences</i>	205
<i>Annexe 11 - Arbre de décision en fonction de l'offre sur la commune de Saint-Gilles</i>	208
<i>Annexe 12 - Arbre de décision en fonction du besoin sur la commune de Bruxelles-Villes</i>	209

Entretiens individuels avec les coordinateurs des projet pilotes : *Guide d'entretien*

Merci d'avoir accepté de nous rencontrer.

Nous sommes une équipe de chercheurs de l'Université libre de Bruxelles (ULB), de la Vrije Universiteit Brussel (VUB) et de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles en charge de l'évaluation du projet pilote*Nom du projet pilote*. L'objectif de cet entretien est double. Il s'agira d'une part de récolter votre point de vue sur différents aspects de la mise en œuvre du projet pilote et d'autre part d'éclaircir certains aspects suite à la lecture de vos divers rapports et supports de communication. L'entretien devrait durer 2h00 à 2h30.

Afin de faciliter le traitement des données, accepteriez-vous que l'entretien soit enregistré ?

Avant de commencer, est-ce que vous avez des questions ?

Acteurs	<ol style="list-style-type: none">1) Pouvez-vous nous présenter chacun vos principales missions au sein de l'équipe de coordination ?<ol style="list-style-type: none">a) Comment vous êtes-vous répartis les rôles au sein de cette équipe ?b) Comment ces fonctions et/ou ces missions ont-elles évolué au cours du projet ? Quels sont les éléments qui les ont fait évoluer ?c) Quels ont été les principaux facilitateurs rencontrés dans l'exercice de votre rôle de coordination ? Quels ont été les principaux obstacles ?d) D'après votre expérience, quelles sont les compétences essentielles pour occuper la fonction de *Nom de la fonction* ?e) Comment le fait que le projet *Nom du projet* soit porté par *Nom du porteur de projet* a selon vous impacté le projet ? D'autres caractéristiques du porteur de projet ont-elles selon vous impacté le projet ? Comment ?2) Dans le cadre de votre projet, quels rôles les partenaires ont-ils joué ? D'autres acteurs ?
---------	--

	<p>a) Quels sont les acteurs qui selon vous auraient pu être inclus dans le projet mais ne l'ont pas été ? Ceux qui ont quitté le projet ? Quelles raisons identifiez-vous ?</p> <p>b) Comment la collaboration entre les acteurs impliqués dans le projet s'est-elle concrètement déroulée ?</p> <p style="padding-left: 40px;">i. Comment les réunions étaient-elles organisées (groupes de travail, plénières, Comité de pilotage versus Comité d'accompagnement, etc. ?) ?</p> <p style="padding-left: 40px;">ii. Comment les décisions étaient-elles prises ?</p> <p style="padding-left: 40px;">iii. Quels outils de communication entre partenaires avez-vous privilégiés ?</p> <p>c) Quels sont les éléments qui de votre point de vue de coordinateurs ont facilité la collaboration entre partenaires ?</p> <p>Quels sont les éléments qui de votre point de vue de coordinateurs ont au contraire entravé la collaboration ?</p>
Interventions	<p>3) L'un des aspects visés par les projets pilotes est de favoriser l'aspect multidisciplinaire et globalisé de la prise en charge,</p> <p>a) Pourriez-vous nous indiquer quels choix vous avez faits pour essayer de favoriser cette prise en charge multidisciplinaire et globalisée ? Sur quelles priorités avez-vous mis l'accent ? Quel a été le rôle en particulier des volontaires dans votre projet ?</p> <p>b) Sur quels leviers avez-vous pu compter ?</p> <p>c) Quels obstacles avez-vous rencontrés ?</p> <p>d) Quelles sont au final selon vous les forces et les faiblesses de ce que vous avez pu mettre en place ?</p> <p>e) Quels sont les éléments qui vous permettent de considérer qu'une prise en charge est réussie ?</p> <p>4) Un autre aspect visé par les projets pilotes est de favoriser la visibilité des services auprès des personnes âgées elles-mêmes et entre services ;</p> <p>a) Pourriez-vous nous indiquer quels choix vous avez faits pour essayer de favoriser cette visibilité ? Sur quelles priorités avez-vous mis l'accent ?</p> <p style="padding-left: 40px;">i. Le cahier des charges des projets pilotes laissait ouvert la(es) façon(s) d'organiser le(s) point(s) de rencontre fixe(s) des publics de personnes âgées. (i) Pouvez-vous nous expliquer comment ce choix s'est opéré ? (ii) Un lieu physique a-t-il été envisagé ? Sinon, pourquoi cette option n'a-t-elle pas été retenue ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ii. Comment avez-vous procédé pour mettre en œuvre le répertoriage des acteurs ? iii. Comment avez-vous géré les difficultés liées au RGPD dans la communication avec les publics ? b) Sur quels leviers avez-vous pu compter ? c) Quels obstacles avez-vous rencontrés ? d) Quelles sont au final selon vous les forces et les faiblesses de ce que vous avez pu mettre en place ? <p>5) Un autre aspect visé par les projets pilotes est de favoriser la création d'un cadre environnemental favorable aux personnes âgées ;</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pourriez-vous nous indiquer quels choix vous avez faits pour essayer favoriser la création de ce cadre favorable ? Sur quelles priorités avez-vous mis l'accent ? b) Sur quels leviers avez-vous pu compter ? c) Quels obstacles avez-vous rencontrés ? d) Quelles sont au final selon vous les forces et les faiblesses de ce que vous avez pu mettre en place ?
Contexte	<p>6) Quelles sont les spécificités du quartier cible et en quoi cela a-t-il impacté selon vous le projet ? du côté des publics ? Du côté des professionnels et des organisations ?</p> <p>7) Comment le projet s'est-il articulé à d'autres initiatives dans le ?</p> <p>8) Comment le projet a-t-il été impacté par la crise COVID ?</p>
Outputs	<p>9) Votre regard sur la thématique du maintien à domicile des PA a-t-il évolué depuis votre entrée dans le projet ? Si oui, comment ?</p> <p>10) Au terme de ces trois années et demie d'expérimentation, pensez-vous que le projet pilote ait atteint ses objectifs ? Dans quelles dimensions est-ce le cas ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?</p> <p>11) Quels conseils donneriez-vous à un projet semblable qui devrait être mis en place dans un autre quartier (une autre commune) à Bruxelles ?</p> <p>12) Aimerez-vous rajouter des éléments qui n'ont pas pu être abordés durant l'entretien ?</p>

Merci pour votre participation !

Bonjour,

Nous nous permettons de vous contacter en votre qualité partenaire ou interlocuteur de *Nom du projet*. Votre point de vue nous permettra de nourrir la réflexion sur l'accompagnement des seniors à domicile, de tirer des enseignements quant aux facteurs qui ont permis les succès de ce projet pilote et quant aux éléments qui ont constitué des entraves à son développement. Votre avis permettra de faire des propositions pour le futur de ce type de projets ainsi que d'éclairer le déploiement de nouvelles initiatives dans d'autres quartiers de Bruxelles.

Nous vous remercions d'avance de bien vouloir y répondre de manière individuelle. Votre anonymat sera strictement respecté dans le traitement et l'analyse des données. Le questionnaire comporte 20 questions et dure environ 30 minutes. Nous vous serions très reconnaissants d'y répondre pour le 24/12/21.

Ce questionnaire représente en effet le premier tour de l'enquête. Vous recevrez en janvier une synthèse des réponses reçues et aurez la possibilité de valider ou préciser ce résumé.

Nous vous remercions très sincèrement pour le temps que vous acceptez de consacrer à cette enquête.

I. Quelques informations de base pour commencer...

- Comment décririez-vous votre rôle dans le projet ? [Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes]
 - Membre du comité de pilotage
 - Professionnel sur le terrain du projet
 - Bénévole dans le projet
 - Responsable politique
 - Agent au sein de la commune
 - Acteur informel du quartier (ex : habitant, commerçant, représentant de communauté...)
 - Autre :
- Quel est votre secteur d'activité ? *[Veuillez écrire votre réponse ici]
- Quel est poste/fonction occupez-vous ? [Veuillez écrire votre réponse ici]
- Quel(le) est votre formation professionnelle ? [Veuillez écrire votre réponse ici]

II. Votre rôle au sein du projet

- Pour quelles raisons avez-vous décidé de vous impliquer dans des initiatives destinées aux personnes âgées ? *Veuillez écrire votre réponse ici*
- Quel rôle *Nom du projet* a-t-il joué dans cette implication auprès des personnes âgées ? [Veuillez écrire votre réponse ici]
- Concernant votre rôle dans la mise en œuvre de *Nom du projet*,
 - De quelle manière avez-vous participé à *Nom du projet* ? *[Veuillez écrire votre réponse ici]
 - Quels ont été les principaux éléments qui ont facilité votre contribution au projet ? [Veuillez écrire votre réponse ici]
 - Quels ont été les principaux obstacles qui, au contraire, ont freiné votre contribution ? [Veuillez écrire votre réponse ici]
 - Pensez-vous que vous auriez pu vous impliquer autrement ? Si oui, comment ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans votre implication ? [Veuillez écrire votre réponse ici]
 - Concernant l'organisation dont vous faites partie, quelles dispositions ont été prises en interne pour intégrer *Nom du projet* dans la pratique courante du personnel et/ou l'organisation du travail ? Qui était impliqué ? Pour quoi faire ? [Veuillez écrire votre réponse ici]

III. Le déroulement du partenariat au sein du projet

- Comment s'est déroulée la collaboration avec la coordinatrice du projet ? [Veuillez écrire votre réponse ici]

Pistes de réflexion : Indépendance des coordinateurs, procédures de validation des actions, latitude laissée pour l'innovation, etc.

- Comment s'est déroulé le partenariat avec les autres acteurs de *Nom du projet* (professionnels de l'aide et du soin, bénévoles, connecteurs, acteurs informels) ? [Veuillez écrire votre réponse ici]

Pistes de réflexion : déroulement des réunions de travail, outils de communication, niveau/intensité/type d'interactions avec les coordinateurs, manière dont les décisions ont été prises, prise en compte des divergences d'opinions, référencement des seniors, etc.

- Auriez-vous trouvé utile d'inclure dans ce projet *Nom du projet* d'autres acteurs informels que ceux impliqués ? Si oui, lesquels ? [Veuillez écrire votre réponse ici]
- Auriez-vous trouvé utile d'inclure dans ce projet *Nom du projet* d'autres acteurs formels que ceux impliqués ? Si oui, lesquels ? [Veuillez écrire votre réponse ici]

IV. L'accompagnement des personnes âgées dans le projet

Un des objectifs du projet était de favoriser la prise en charge précoce, multidisciplinaire et globale des personnes âgées à domicile :

- Que pensez-vous de la stratégie de détection précoce des personnes âgées qui a été développée ? [Veuillez écrire votre réponse ici]
- À votre connaissance, comment se sont déroulés les accompagnements ? Estimez-vous qu'ils ont été réussis ? Expliquez votre réponse. [Veuillez écrire votre réponse ici]
- Si vous avez été impliqué dans la prise en charge d'une personne âgée, comment avez-vous géré les aspects qui ne dépendaient pas de votre champ d'action ? [Veuillez écrire votre réponse ici]
- D'après votre expérience, comment ces accompagnements auraient-ils pu être améliorés ? [Veuillez écrire votre réponse ici]
- Les initiatives du projet *Nom du projet* ont-elles permis selon vous d'améliorer le maintien à domicile des seniors ? [Pour chaque initiative, marquez votre degré d'accord puis expliquez svp en quelques mots votre réponse pour chacune des initiatives]

Je ne connais pas cette initiative / Pas du tout d'accord / Plutôt pas d'accord / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord / Sans réponse

V. Cadre environnemental favorable

Un des aspects visés par le projet est de favoriser la création d'un cadre environnemental favorable aux personnes âgées. Pouvez-vous identifier des actions mises en place dans le cadre du projet qui participent à la création de cet environnement favorable ?

[Veuillez écrire votre réponse ici]

VI. Pour conclure

Dans l'optique d'une éventuelle généralisation d'un tel projet à l'ensemble de la région bruxelloise :

- Quelles sont selon vous les principales forces de *Nom du projet* ? [Veillez écrire votre réponse ici]
- Quelles sont selon vous ses principales faiblesses ? [Veillez écrire votre réponse ici]
- Quels sont les autres aspects en rapport avec ce projet ou la généralisation de ces projets pilotes à la Région bruxelloise que vous n'avez pas pu aborder lors des questions précédentes ? [Veillez écrire votre réponse ici]

[Envoyer votre questionnaire]

Nous vous remercions très sincèrement pour le temps que vous avez consacré à cette enquête. Vos réponses vont nourrir la réflexion sur l'accompagnement des seniors à domicile et permettront de faire des propositions pour le futur de ce type de projets. Nous vous recontacterons en janvier pour vous livrer un résumé des réponses reçues et vous permettre de le compléter.

Tout grand merci !

L'équipe de recherche :

Ruth-Janet Koumba (Ecole de santé publique, ULB)

Gaëlle Amerijckx (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles)

Emily Verté (Huisartsgeneeskunde)

Dominique Verté (Belgian Ageing Studies, VUB)

Céline Mahieu (Ecole de santé publique, ULB)

Guide d'entretiens PA - *Nom du projet*
--

Je vous remercie d'accepter de répondre à mes questions.

3 projets dont *Nom du projet* sont actuellement financés sur la Région bruxelloise. Cet entretien a pour but pour notre équipe de recherche de mieux comprendre comment ces projets contribuent à l'accompagnement des personnes âgées qui vivent à domicile dans les quartiers où se déploient les projets. On souhaite apprendre quels sont les **facteurs de succès et de difficulté** à son bon développement.

L'entretien durera environ **40 minutes**. Nous aborderons au travers des questions **vo**tre **exp**érience avec le projet *Nom du projet*.

Votre **anonymat** est garanti et tout ce que vous direz dans cet entretien sera traité de façon anonyme. Sentez-vous libre d'exprimer votre point de vue et votre ressenti, il n'y pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si vous ne voulez pas répondre à une question, si vous avez besoin de faire une pause ou si vous voulez arrêter cet entretien, à tout moment, il n'y a pas de souci. Dites-le-moi.

Pour faciliter notre échange, je souhaiterais **enregistrer cet entretien**. L'enregistrement sera uniquement accessible à l'équipe de recherche. C'est OK pour vous ?

D'abord, quelques questions pour mieux vous connaître :

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre niveau de diplôme ?
- Quelle est votre situation familiale ? Vivez-vous avec d'autres personnes ?
- Y a-t-il des personnes autour de vous pour vous aider dans la vie de tous les jours ? Par exemple, pour vous déplacer, faire vos courses, les démarches administratives... ? Voir si la personne précise plus, pour sa toilette, s'habiller et manger.
- Votre logement, est-il adapté pour vous dans la vie de tous les jours ? Par exemple, pour vous déplacer dans et entre les pièces ; sanitaires ; lit; etc.
- Êtes-vous propriétaire ou locataire ? Si locataire, s'agit-il d'un logement social ?

○ Depuis combien de temps vivez-vous dans le quartier *Nom du quartier cible* ?

1) À quelle occasion avez-vous entendu parlé pour la première fois du projet *Nom du projet* ? Relances éventuelles : Comment / Par qui en avez-vous entendu parler ? Qu'en avez-vous pensé ?
2) À quel moment vous êtes-vous retrouvé·e en contact direct avec *Nom du projet* ? Relances éventuelles : Qui a initié ce contact ? Où ? Pourquoi ? Comment cela s'est-il passé ?
3) Lors du contact avec l'équipe de *Nom du projet*, on vous a proposé de faire le point sur votre situation : Qu'est-ce qui vous a motivé à avoir cette discussion ? Pourquoi avez-vous accepté ? Comment s'est déroulé ce moment ? Comment l'avez-vous vécu ? Relances éventuelles : Avez-vous pu discuter des points importants pour vous ? Cela a-t-il été utile pour vous ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
4) À la suite de cette discussion, l'équipe de *Nom du projet* vous a-t-elle proposé des contacts ou des aides ? Si oui, lesquels ? Cela couvrirait-il bien vos demandes ? Manquait-il des choses ?
5) Combien de temps s'est écoulé entre cette discussion et aujourd'hui ? Depuis lors, y a-t-il eu des changements, des effets dans votre vie de tous les jours ? Si oui, lesquels ? Qu'en pensez-vous ? Si non, pourquoi d'après vous ? Votre qualité de vie a-t-elle été modifiée depuis ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
6) Si vous avez d'autres besoins d'aides ou d'informations à l'avenir, feriez-vous encore appel à *Nom du projet* ? Pourquoi ? Pistes : Accessibilité physique, contacts humains, suivis et aides proposés
7) Le projet *Nom du projet* a développé plusieurs actions pour améliorer le maintien à domicile des personnes âgées, en connaissez-vous ? Exemples d'actions : *Exemples personnalisés en fonction du projet*
8) Il est possible à l'avenir que d'autres projets comme *Nom du projet* se développent ailleurs en région bruxelloise : Pensez-vous que ce serait une bonne ou une mauvaise idée ? Pourquoi ? Quelles sont pour vous les grandes forces de ce projet ? Celles qu'il faudrait garder / retrouver ailleurs ? Quelles sont selon vous les choses à améliorer ?

Fiche d'identification	
<p>Nom de la Ruche :</p> <p>Nom du permanent :</p> <p><input type="checkbox"/> Seniors <input type="checkbox"/> Professionnels <input type="checkbox"/> Connecteur</p> <p>Date :</p> <p>Première rencontre ? oui - non</p> <p>1/ Coordonnées</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Genre : Homme - Femme</p> <p>Date et lieu de naissance :/...../.....</p> <p>N° de registre national (facultatif) :</p> <p>Etat Civil :</p> <p>Adresse :</p> <p>..... Quartier :</p> <p>N° de téléphone :</p> <p>Adresse mail :</p> <p>Langue(s) parlée(s) :</p> <p>2/ Situation du séniors</p> <p>- Couple avec enfant - Isolé avec enfant</p> <p>- Couple sans enfant - Isolé sans enfant</p> <p>Soutien d'un Aidant-Proche ? oui - non / Famille - Ami - Voisin</p> <p>Réseau de la personne (schéma en annexe + personne à contacter en cas de problème) :</p> <p>Type de revenus : CPAS - GRAPPA - Pension - Mutuelle</p> <p>Type de logement : Communal - Social - Privé</p> <p>Activités Sociales :</p> <p>Animal de compagnie ? oui - non</p>	<p>3/ Situation de santé</p> <p>Médecin généraliste ou Maison Médicale : oui - non (+ coordonnées, ...) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Autres professionnels relais (AS, infirmière, ...) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Service de télévigilance :</p> <p>.....</p> <p>Existence d'une coordination de soins :</p> <p>.....</p> <p>Maladie chronique :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Allergies :</p> <p>.....</p> <p>Mobilité/ autonomie ? (reconnaissance d'un handicap) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Régime alimentaire (codes culturels) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Qualité de la vue :</p> <p>.....</p> <p>Qualité de l'ouïe :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné au projet Citisen. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à Citisen (0493/ 85.29.32).



Fiche d'identification (l'Aidant-Proche)

Nom de la Ruche :

Nom du permanent :

Date :

Première rencontre ? oui - non

Coordonnées

Nom :

Prénom :

Genre : Homme - Femme

Date et lieu de naissance :/...../.....

.....

N° de registre national (facultatif) :

Etat Civil :

Adresse :

..... Quartier :

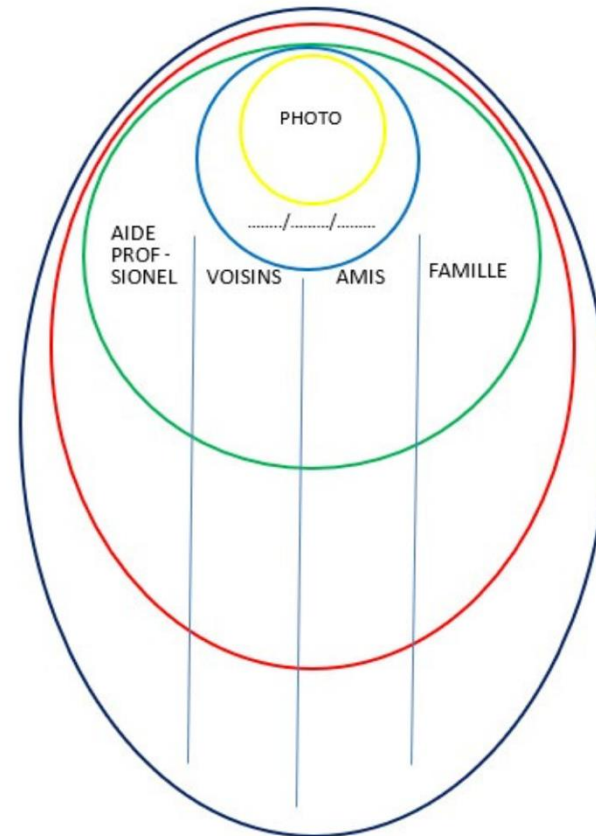
N° de téléphone :

Adresse mail :

Langue(s) parlée(s) :

Type logement : Communale - Social - Privé

Situation de l'aidant proche dans le réseau du séniör

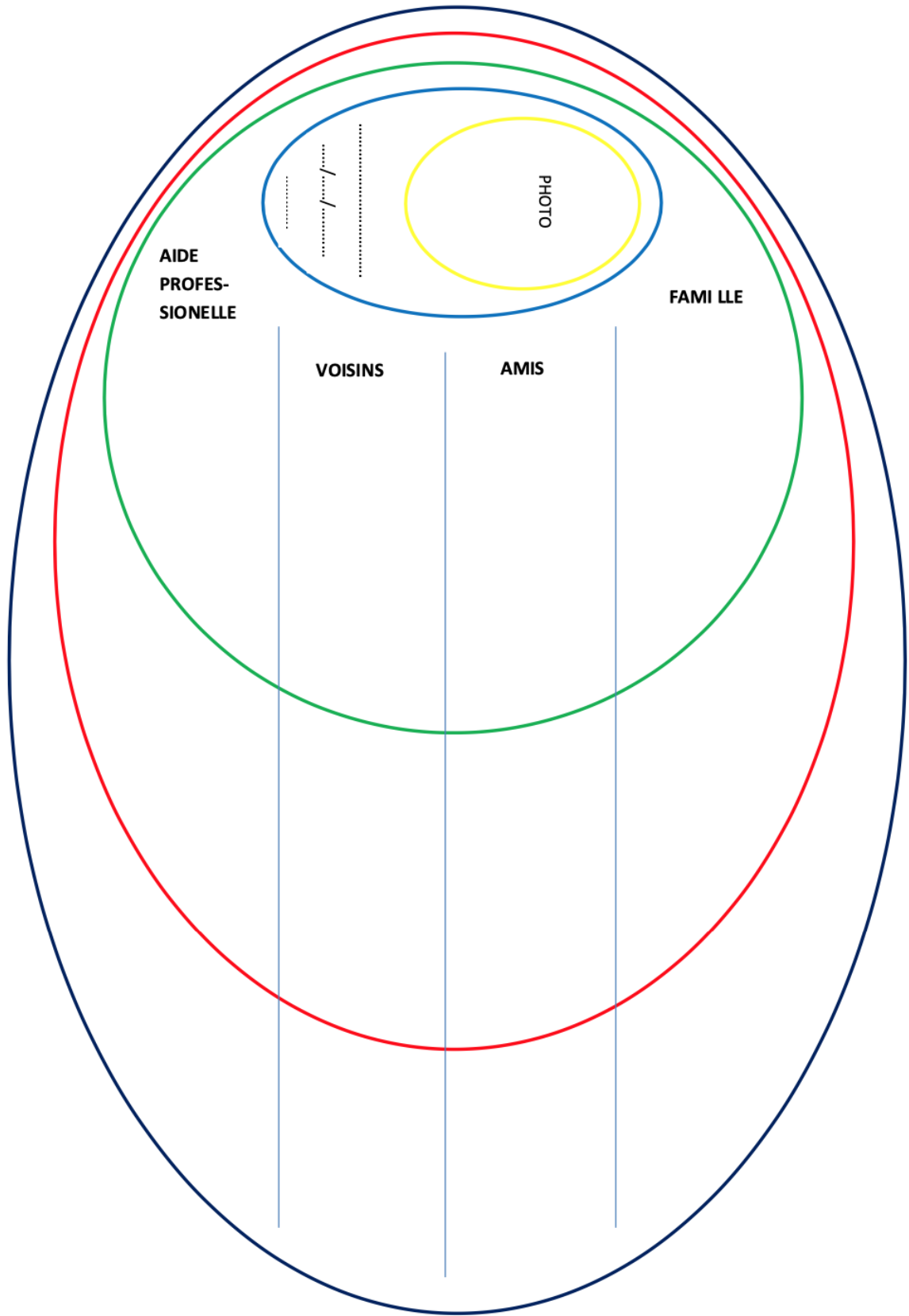


Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné au projet Citisen. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à Citisen (0493/ 85.29.32).

Questionnaire de demande des besoins des seniors pour les permanences des Ruches

<p>Besoin « Activités Vie quotidienne »</p>	<p>1) Service de volontaires 2) Médiation de dettes 3) Petite aide 4) Alimentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Colis alimentaires ○ Repas à domiciles ○ Courses ○ Épiceries ○ Restaurant social <p>5) A domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aide familiale ○ Coiffeur ○ Aide-ménagère ○ Garde à domicile ○ Hygiène corporelle ○ Titres-services
<p>Besoin « Accompagnement social »</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Questions administratives (1) ○ Pensions/ reconnaissance handicap (2) ○ Questions sociales (3) ○ Avantages sociaux (4)
<p>Besoins de soin</p>	<p>1) A domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kiné ○ Généraliste ○ Logopède ○ Dentiste ○ Infirmier ○ Pédicure ○ Psy ○ Opticien <p>2) Ambulatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Services spécialisés ○ Gynéco ○ Kiné ○ Généraliste ○ Logopède ○ Dentiste ○ Infirmier ○ Pédicure ○ Opticien <p>3) Santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Addiction ○ Accompagnement psychosocial ○ Unités spécialisées ○ Psychologue ○ Psychiatres <p>4) Troubles cognitifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Accompagnement psycho-social ○ Ergothérapeute ○ Centre de jour ○ MR ○ Activités spécifiques <p>5) Aides Techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Télé vigilance ○ Achat/ prêt de matériel - Palliatifs (3) - Santé mentale (4) - Trouble cognitifs (5) - Aides techniques (6) - Concertation interprofessionnelles

<p style="text-align: center;">Besoin d'une intervention sur le logement</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1) Accompagnement social <ul style="list-style-type: none"> ○ Logement privé ou AIS ○ Logement public ○ Sans abris 2) Adaptations du logement <ul style="list-style-type: none"> ○ Travaux ○ Primes ○ Ergothérapeutes 3) Récupération des affaires 4) Déménagement 5) Recherche logement/MR <ul style="list-style-type: none"> ○ Logement public ou AIS ○ Logement privé ○ Habitat groupé, alternatif ○ MR-MRPS ○ Demande large 6) Hygiène logement <ul style="list-style-type: none"> ○ Aide-ménagères ○ Lavage vitres
<p style="text-align: center;">Besoins récréatifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Volontariat ○ Apprentissage informatique ○ Apprentissage langue ○ Clubs seniors ○ Activités accès PMR ○ Centres de jour ○ Conseil consultatif ○ Vacances ○ Sports ○ Culture ○ Loisirs autres
<p style="text-align: center;">Besoin d'aide à la mobilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Chèques taxi ○ Transport loisirs ○ Transports médicaux ○ Transports alimentaires
<p style="text-align: center;">Besoin banque</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○
<p style="text-align: center;">Besoins « Justice & sécurité »</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Huissier ○ Police ○ Prévention – agents ○ Médiation familiale ○ Consultation juridique ○ Médiateur social
<p style="text-align: center;">Animaux de compagnie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aide à l'entretien ○ Placement temporaire ○ Chenils ○ Famille d'accueil



SENSIBILISATION AUX PREMIERS SECOURS



« *Les gestes qui sauvent...* »

« MODULE 1 »



- Organisé par le **Projet CitiSen** et **Rescue Life**
- Pour : les aidants-proches
- Quand : le **21/09/2021** - 🕒 de 9h30 à 12h30
- Lieu : Rue du Pavillon, 56 à 1030 Schaerbeek (**Ruche Stephenson**)
- **Infos et inscription : Ousmane DIALLO – 0497 38 00 68**



Annexe 7 - Description des sous-catégories de démarche et actions entreprises

CATEGORIE	Types d'actions entreprises	Précisions, exemples
INFORMATION	Communication d'informations globales sur l'existence de services ou lieux d'intérêt pour la personne	Visu/tél/mail concernant aide, soins mais aussi du commercial (ex : literie, télévigilance...)
LANGUES	Interprétariat	Effectué sans déplacement (accompagnement à un rendez-vous) de l'interprète
	Traduction générique	Flyer, brochures
	Traduction spécifique	Courriers, mails spécifiquement adressés à la personne
AIDE ADMINISTRATIVE	Explication sur droits, avantages sociaux possibles	
	Conseil par rapport à la situation de la personne	Changement de banque plus proche/accessible ; relecture d'un contrat de bail
	Démarche pour obtenir de l'information/vérification sur le dossier spécifique de la personne	Ex. : vérifier l'affiliation mutuelle, demander une composition de ménage
	Remplissage doc, formulaire, envoi ou dépôt de dossier pour la personne...	Ex. : documents complétés pour une reconnaissance de handicap, pensions ; contact avec un opérateur pour assurer un échelonnement de paiement
	(re)Mise en place d'un service ou d'un accompagnement	Ex : colis alimentaire ; aide familiale ; suivi par une AS; transports
PRISE DE RENDEZ-VOUS	Prise de rdv pour la personne (tel, mail)	Médical, social, service quelconque
ACCOMPAGNEMENT PHYSIQUE (dans un service, lieu...)	Interprétariat	Interprétariat ayant nécessité un déplacement de l'interprète (pour un rendez-vous)
	"Tiers" aidant	Venue pour expliquer la situation de la personne
	Support moral, protection (sentiment insécurité)	Pas d'intervention à priori, juste une présence rassurante pour la personne

RELAIS	Communication de coordonnées spécifiques (nominatives) à la personne	Communiquées par mail/tel/en visu. C'est la personne qui a ici l'initiative de prendre contact avec la/les personne/s référées car elle seule a l'information
	Contact d'un service/acteur/institution pour présenter le cas de la personne, ses besoins et ses coordonnées	Par mail/tel/de visu... C'est ici le service/institution qui doit recontacter la personne car celle-ci n'a pas les coordonnées nécessaires
	Information conjointe à la personne et au service/institution ciblé	Les deux parties sont informées de la demande (service) et de l'offre (personne). Par tel ou mail ou de visu
ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL	Écoute de la personne	Personne isolée, ayant besoin d'être écoutée plus que d'informations ou services
	Médiation	
VISITE A DOMICILE	Initiée par le service/intervenant	
	A la demande de la personne (entourage)	
SUIVI	Revisite à domicile	Pour vérifier que les relais ont été fait
	Visite à l'hôpital, en MR...	Situation de crise ou changement important/vérif si autre relais nécessaires
	Contact téléphonique (mail)	Pour vérifier que les relais ont été fait
	Suivi du dossier	Jusqu'à aboutissement

Annexe 8 - La fiche d'entretien

Date de la demande :

Durée entretien :

Date prise en charge :

Fiche d'entretien SeniorSolidarite(it)

Nom :

NISS :

Prénom :

Mutuelle :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Personne de contact :

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS		
Soins et santé physique/mentale	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Pathologie(s)</i>▪ <i>Suivi médical (médecin traitant)</i>▪ <i>Soins paramédicaux</i>▪ <i>Suivi psychologique</i>	
Professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none">▪ Médecin traitant▪ Kiné▪ Ergo▪ Infirmier.ère▪ Aide-soignant.e▪ Psychologue	
Facultés cognitives	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Capacité à identifier, anticiper des situations problématiques et à les résoudre.</i>▪ <i>Compréhension/confusion</i>▪ <i>Mémoire</i>▪ <i>Gestion de l'espace-temps</i>▪ <i>Capacités communicationnelles et relationnelles</i>	

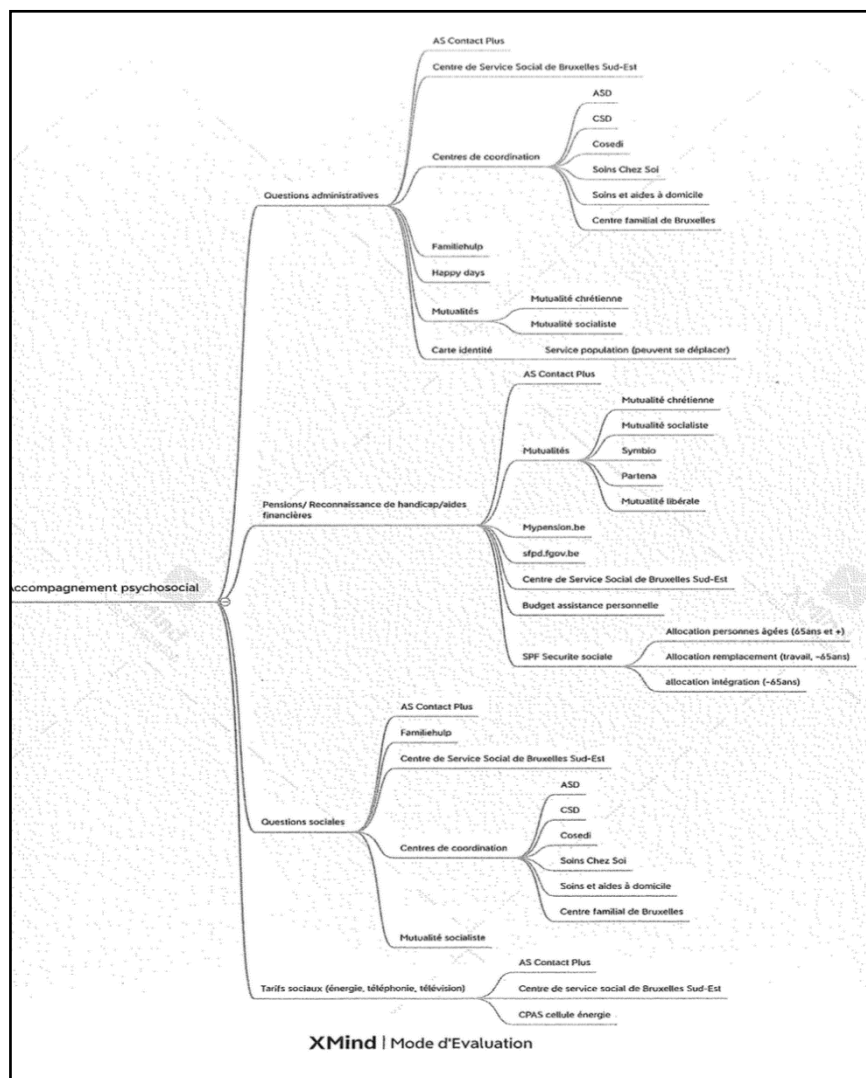
OBSERVATIONS

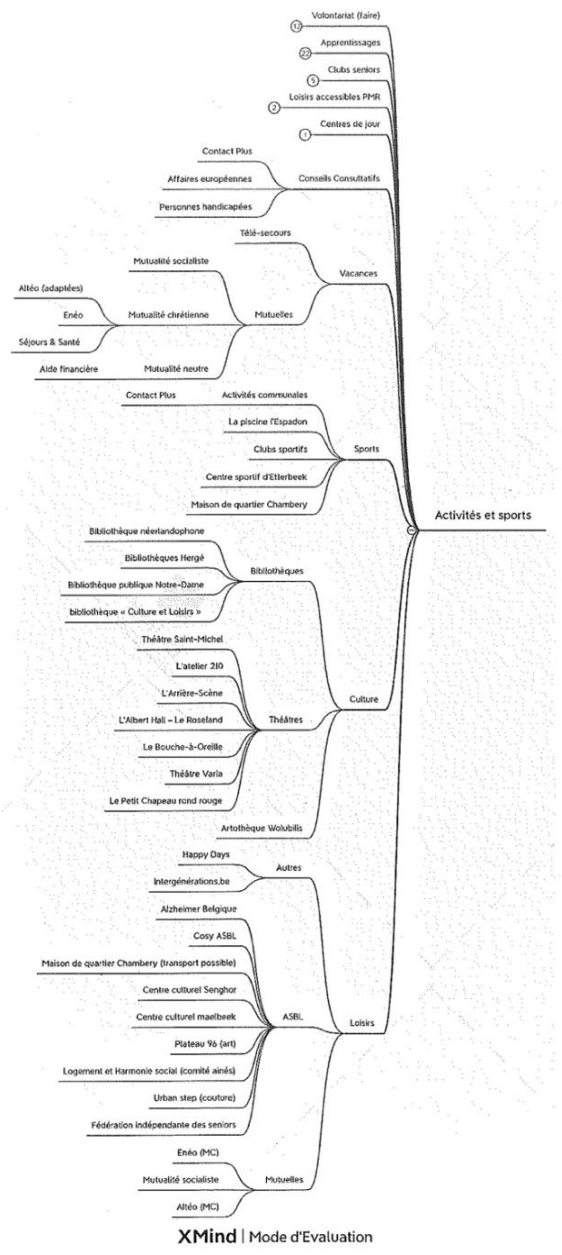
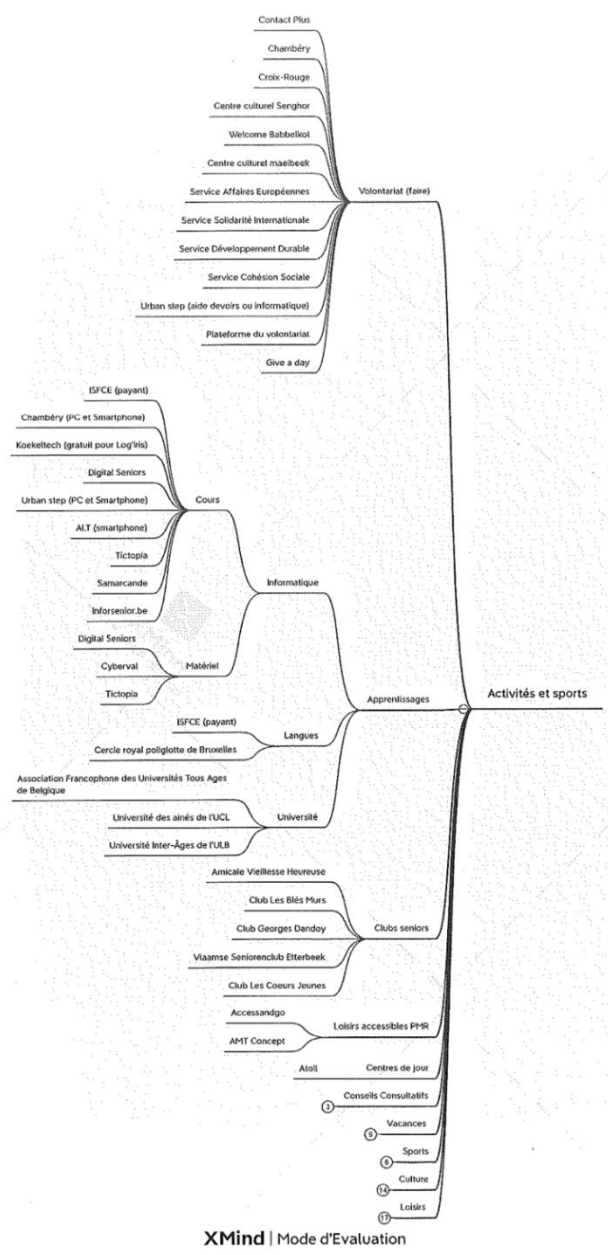
Sphère émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Moral</i> ▪ <i>Emotions exprimées</i> 	
Pathologie des Sens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Vue</i> ▪ <i>Ouïe</i> ▪ <i>Odorat</i> ▪ <i>Toucher</i> ▪ <i>Goût</i> 	
Mobilité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Se déplace seul(e), sans risques</i> ▪ <i>Besoin d'une aide mécanique (cane, béquilles, tribune, chaise roulante)</i> ▪ <i>Besoin de l'aide d'un tiers</i> 	
Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Faire les courses</i> ▪ <i>Préparer un repas</i> ▪ <i>Manger avec ou sans aide</i> 	
Hygiène personnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Se laver</i> ▪ <i>S'habiller</i> 	
Hygiène du logement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Nettoyage</i> ▪ <i>Lessive/repassage du linge</i> 	
Situation sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Famille</i> ▪ <i>Entourage</i> ▪ <i>Aidant proche</i> ▪ <i>Revenus (BIM)</i> ▪ <i>Autre</i> 	
Accompagnement spécifique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Services accompagnant (CPAS, MM, service social, ASBL, MQ, etc)</i> 	
Logement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Accessibilité (ascenseur ou escaliers)</i> ▪ <i>Adaptation du logement</i> 	

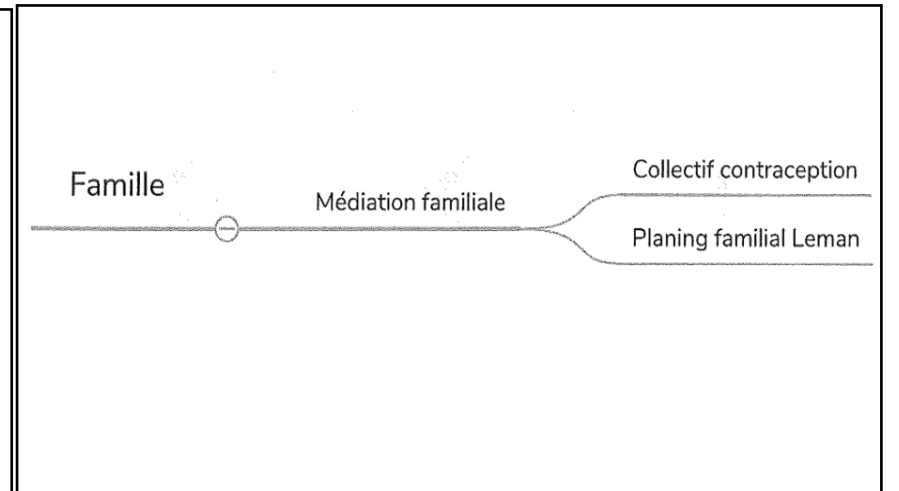
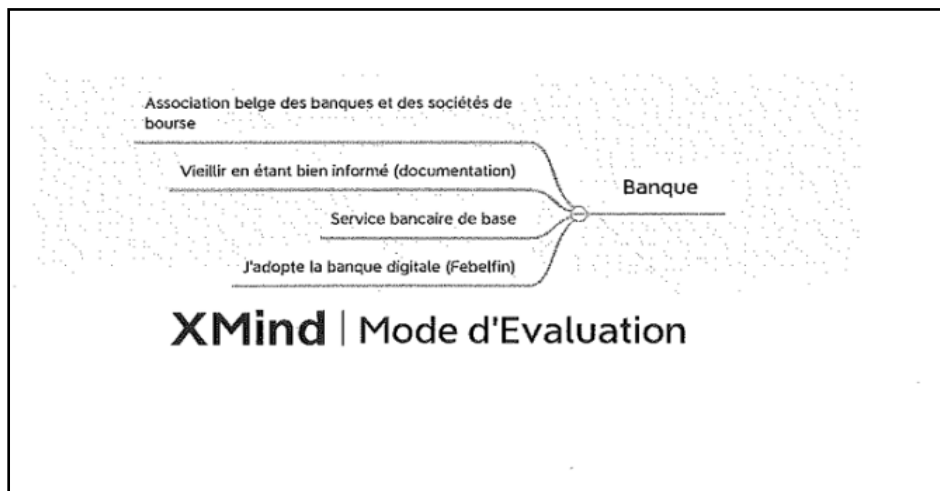
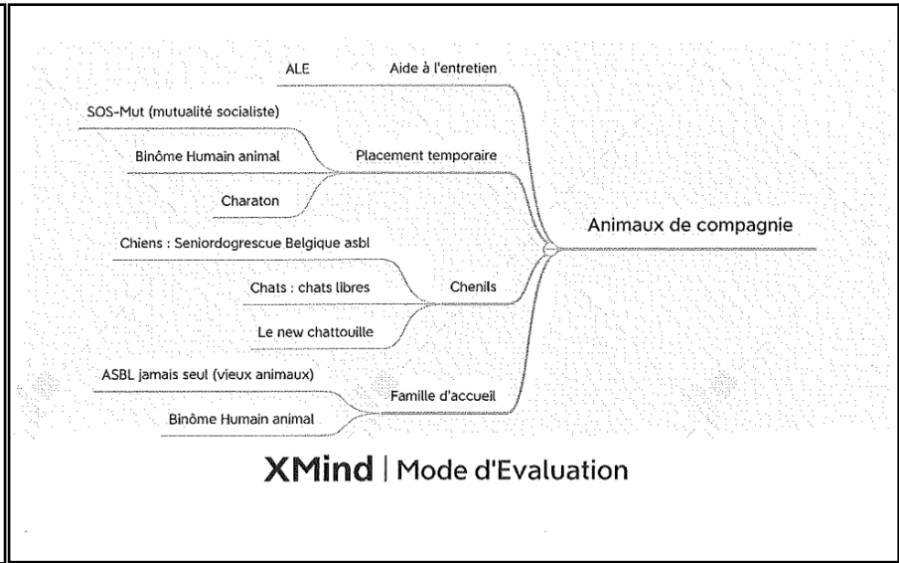
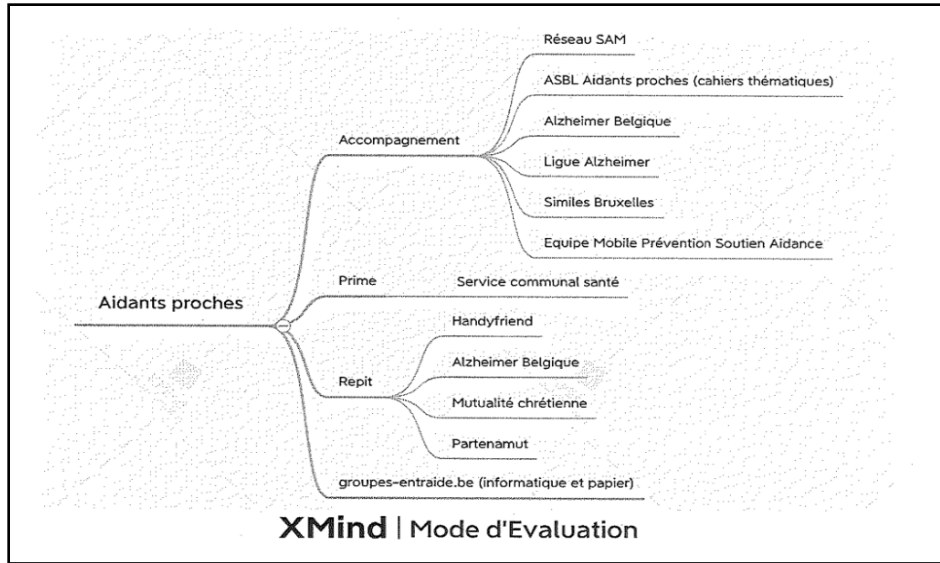
OBSERVATIONS		
Danger Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Pour la personne</i> ▪ <i>Pour autrui</i> ▪ <i>Télévigilance</i> 	
Activités/ loisirs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Activités ? Où ?</i> ▪ <i>Comment ça se passe ?</i> ▪ <i>Ancienne profession</i> 	
Quartier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Depuis quand ?</i> ▪ <i>Difficultés dans le quartier ?</i> ▪ <i>Ce que vous aimez ?</i> 	
Remarques Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Autres à spécifier</i> 	

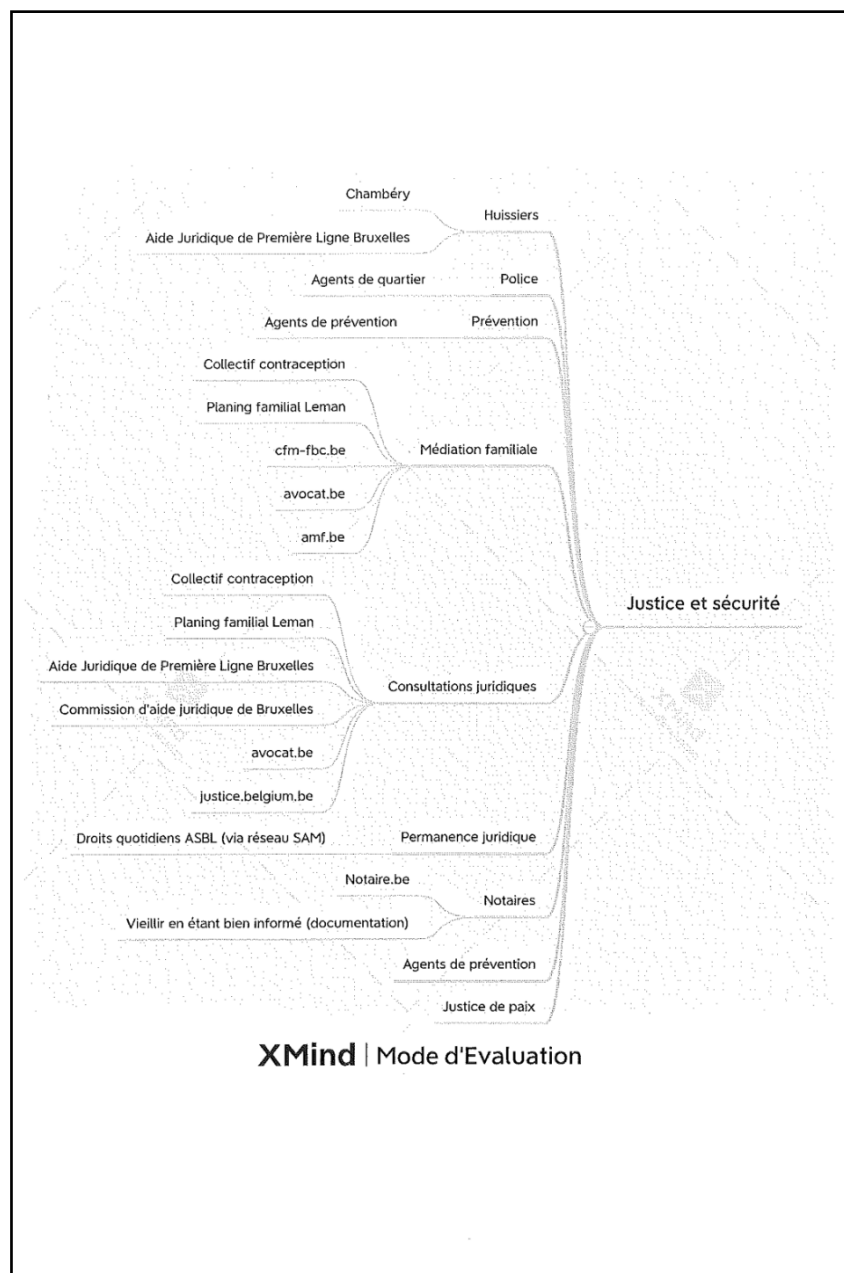
Suivi	

Annexe 9 - Arbre du zorgcoach

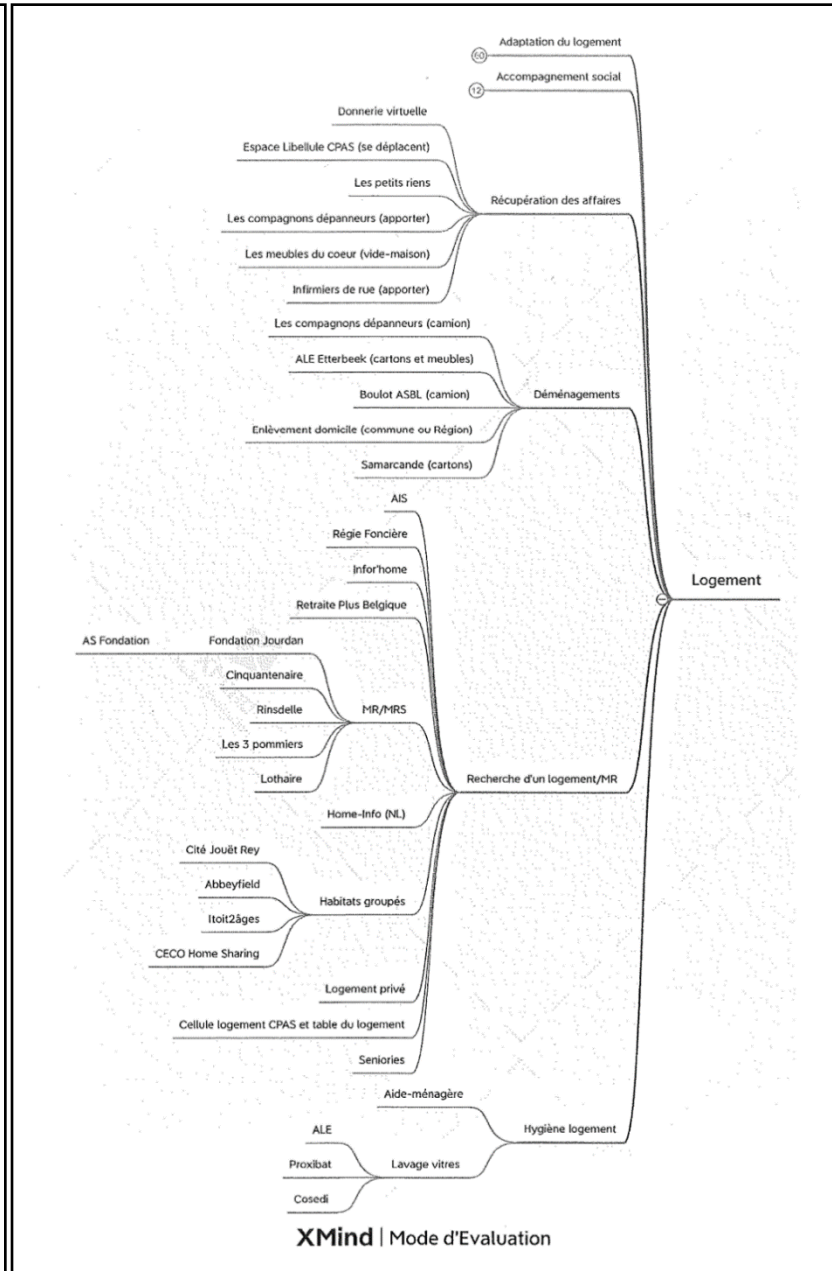
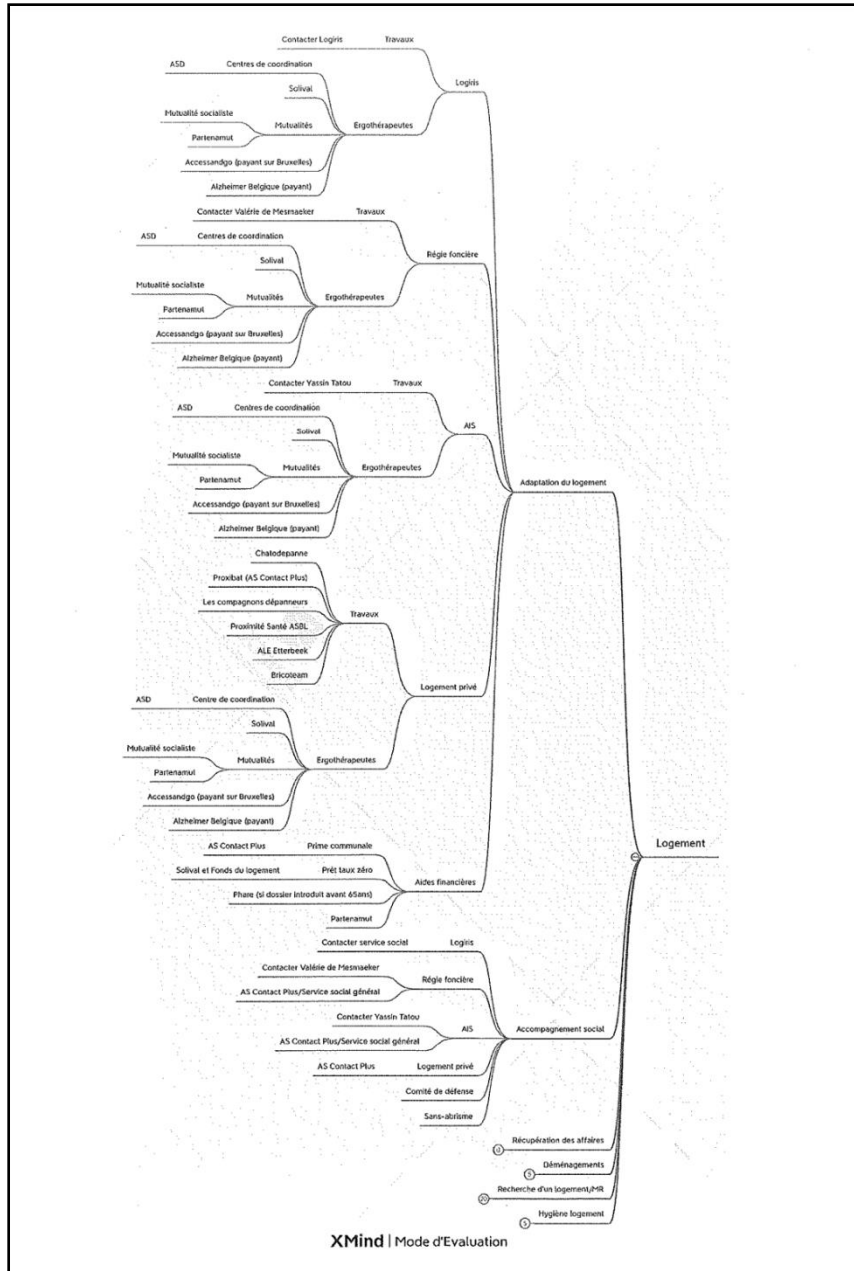


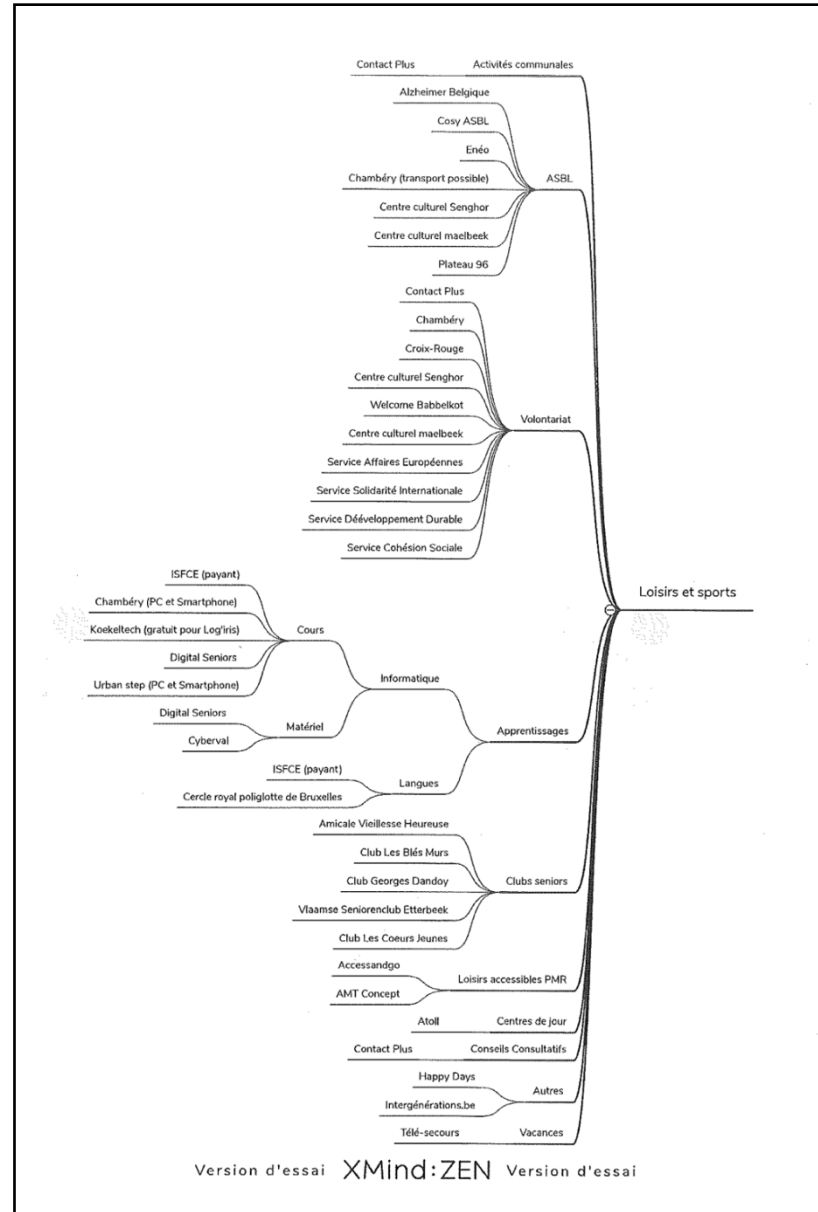


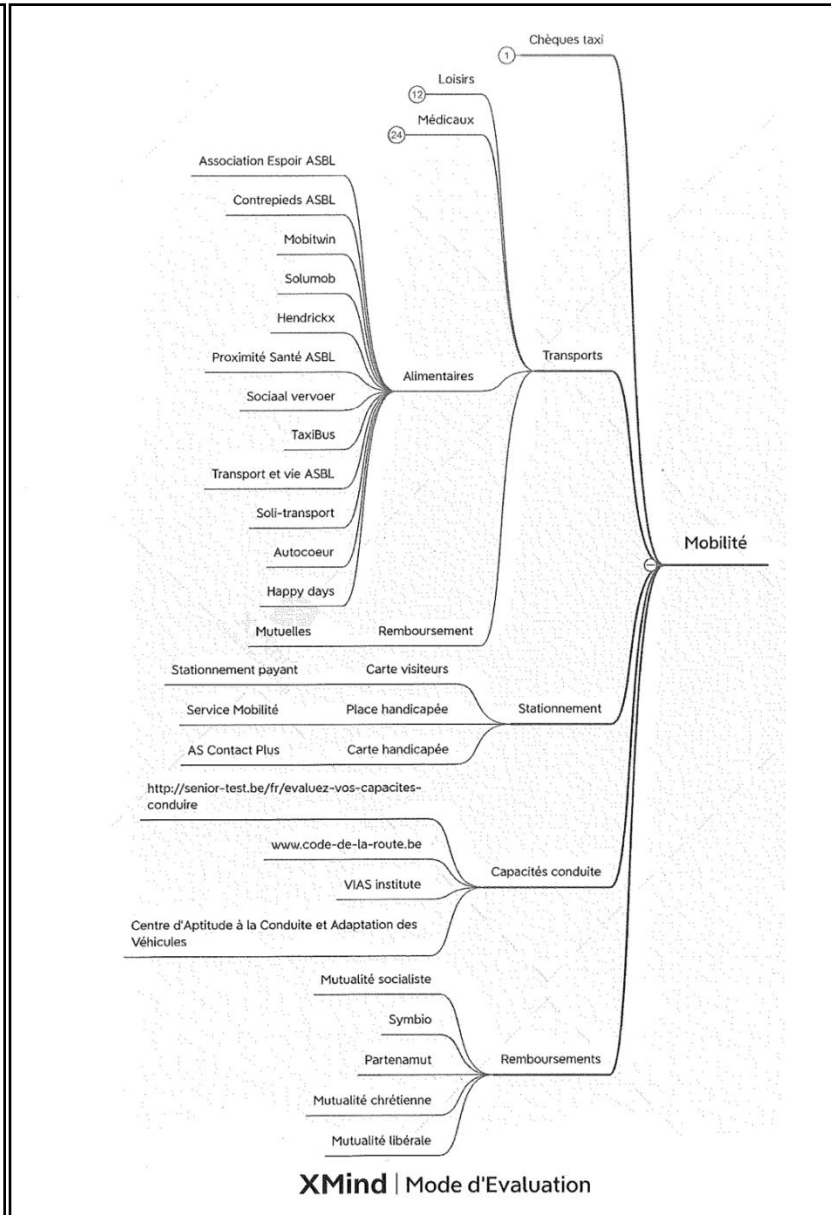
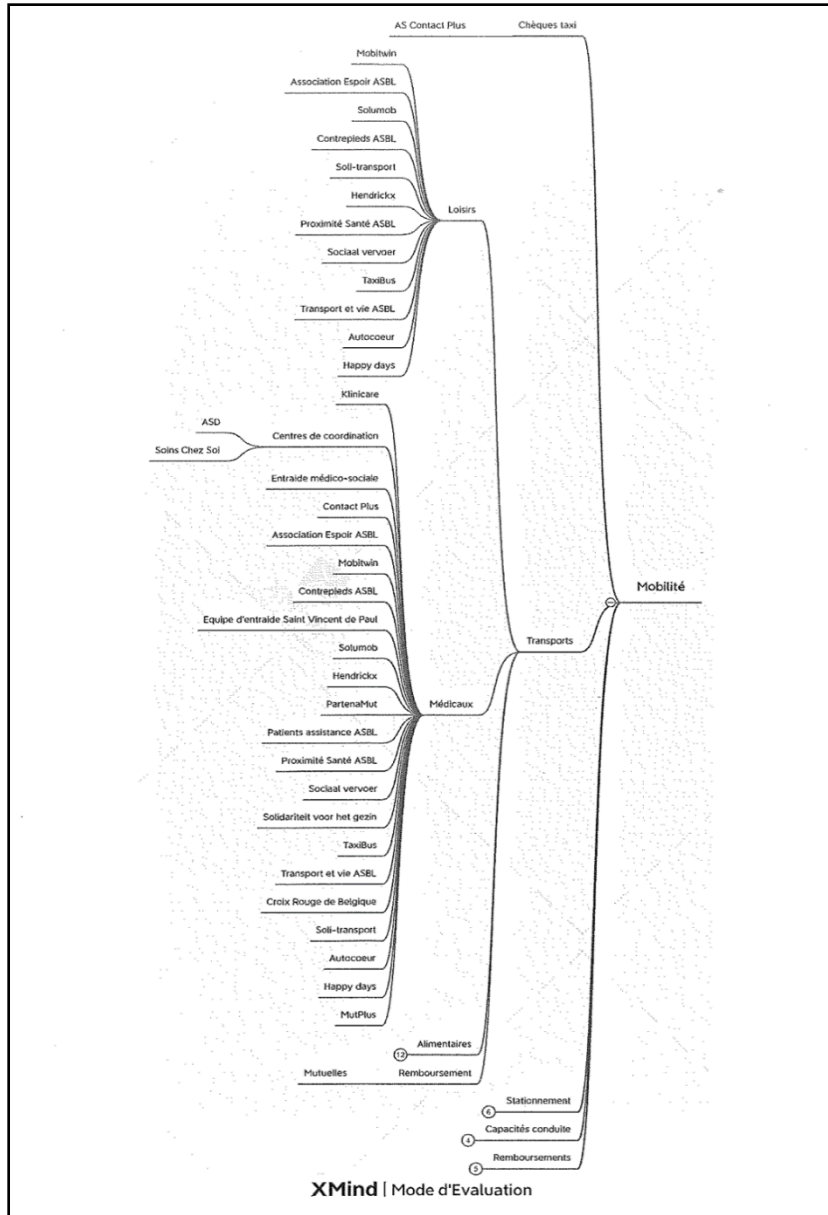




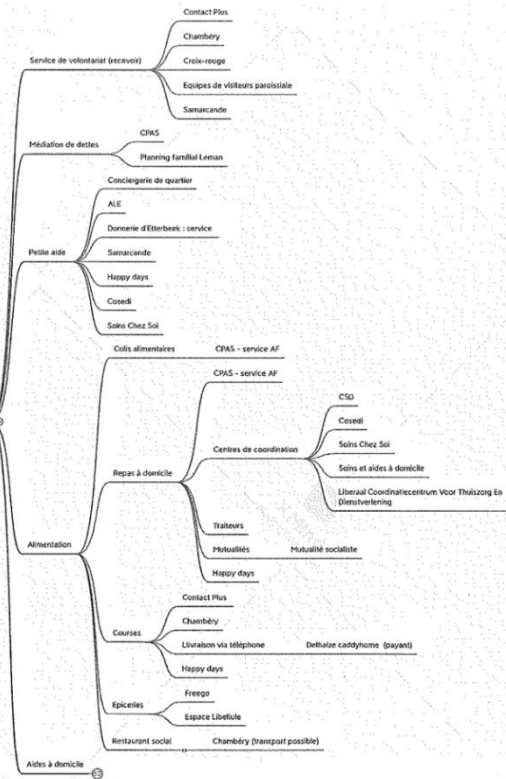
XMind | Mode d'Evaluation





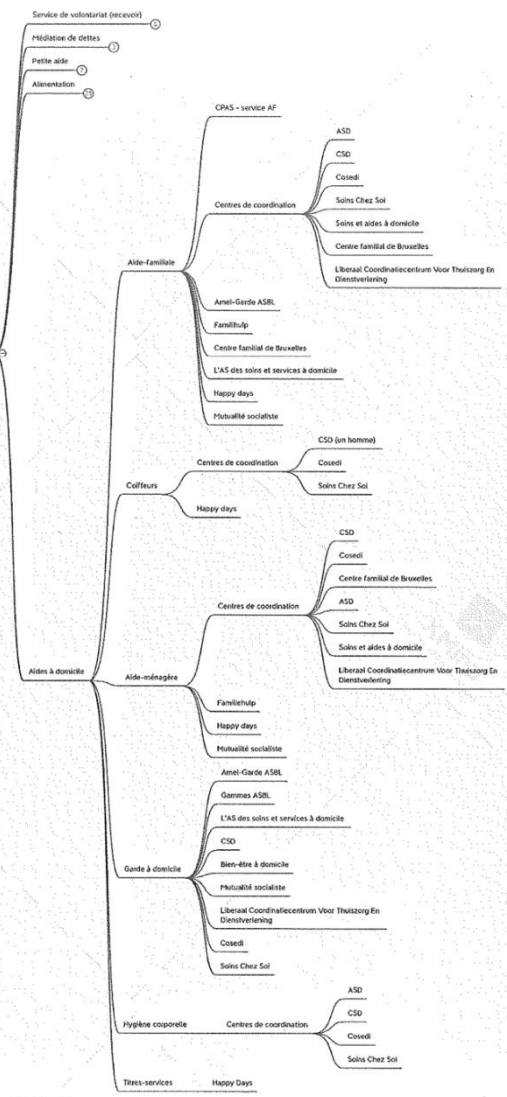


Accompagnement aux activités de la vie quotidienne

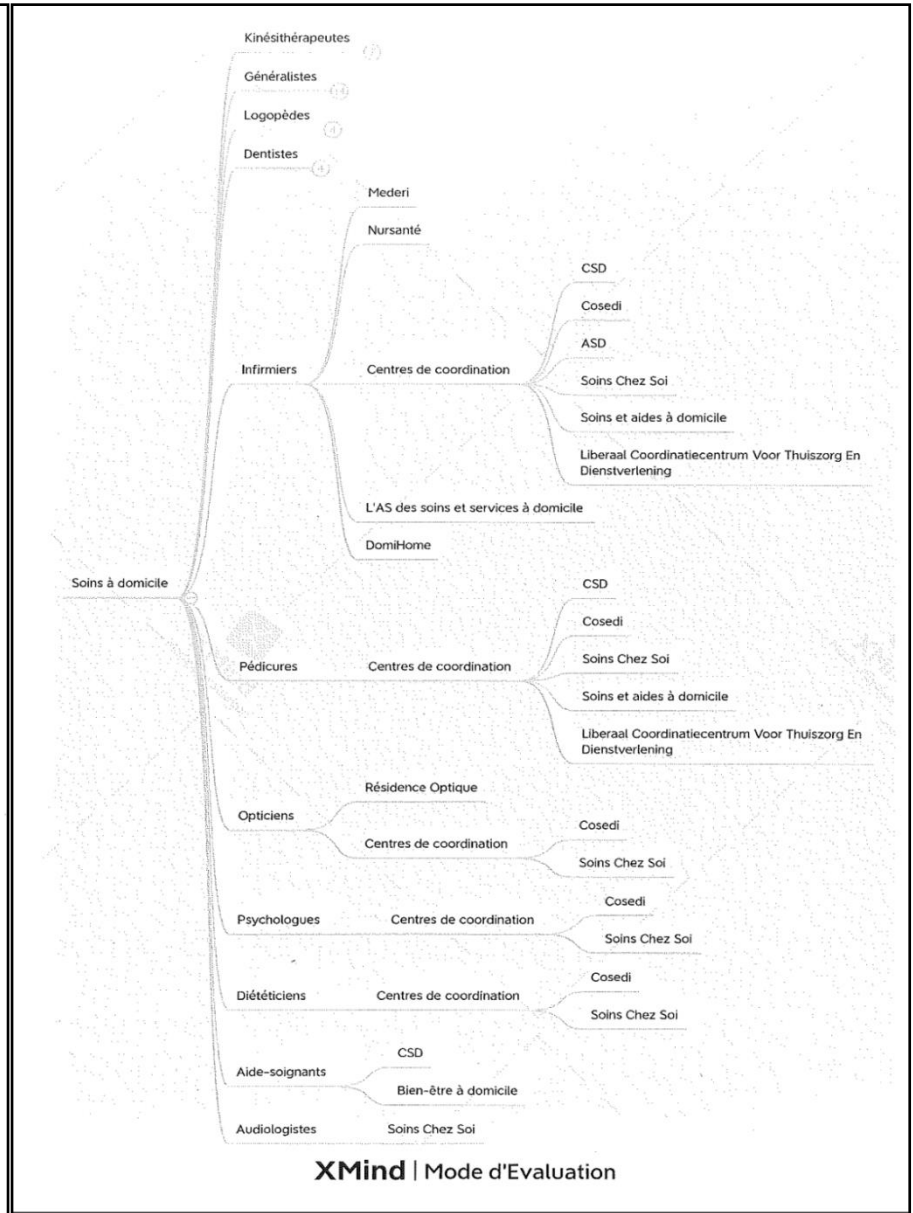
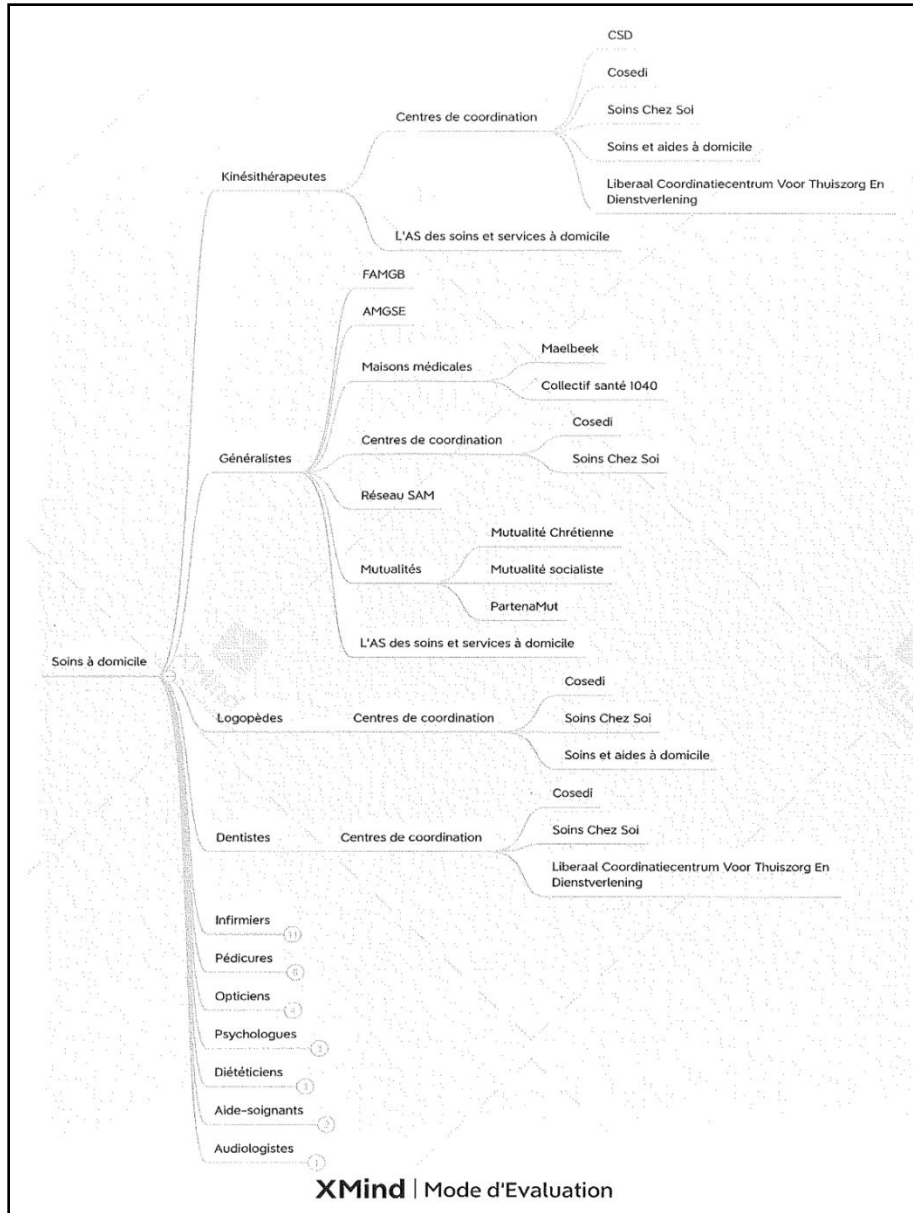


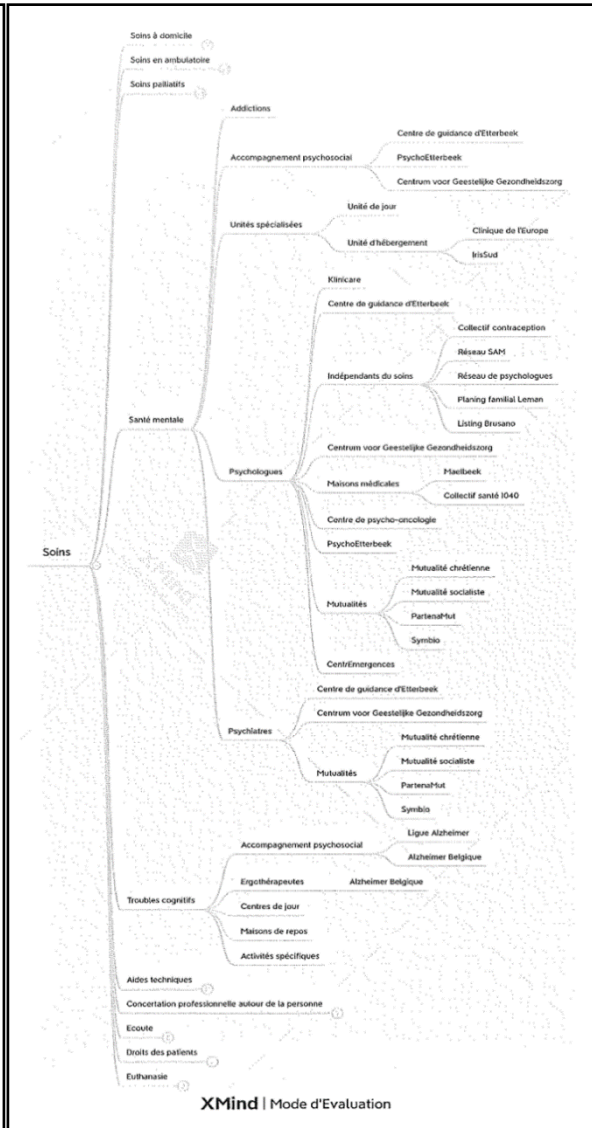
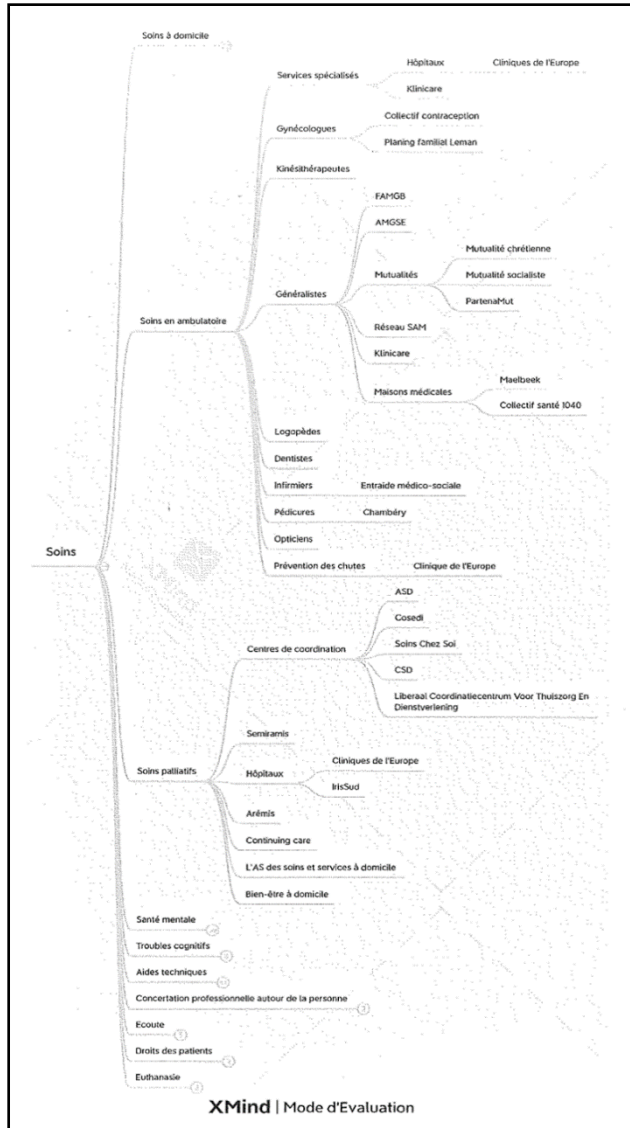
XMind | Mode d'Evaluation

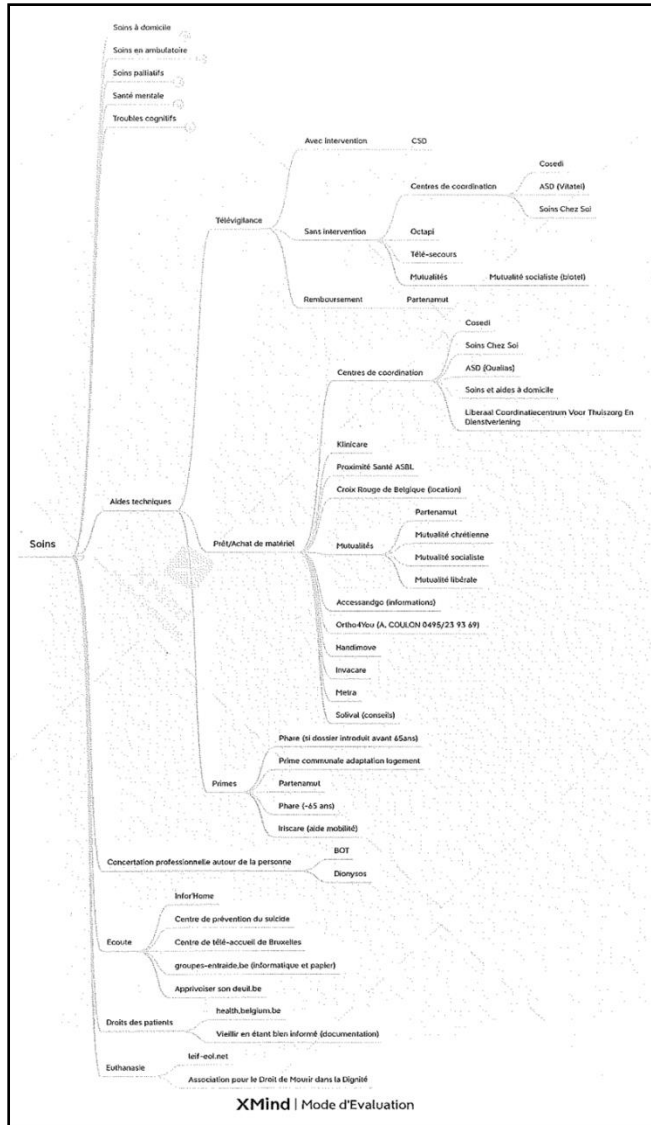
Accompagnement aux activités de la vie quotidienne



XMind | Mode d'Evaluation







Réseau Quartier Aide et Soins

Grille de critères – Définition centres de référence

Grille de critères

		Très satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Très insatisfaisant	Remarques
1	Espace disponible au 01/04/19 + heures et jours d'ouverture qui correspondent					
2	Espace situé dans les quartiers pilotes* (Bosnie, Porte de Hal, Anneessens, Stalingrad, Marolles)					
3	Espace d'attente convivial (café, s'asseoir, présentoir pour flyers, revues locales)					
4	Espace de travail du référent senior pour recevoir les seniors dans de bonnes conditions : pièce dédiée ou coin dédié à l'écart					
5	Accessibilité aux PMR*					
6	Accessibilité en transports en commun					
7	Espace fréquenté par des seniors					

8	Espace fréquenté par un public mixte					
9	Espace pérenne					
10	Présence d'autres services ou activités pour le quartier* + volonté manifeste de collaborer (services sociaux, informations relais, activités communautaires, séances d'informations)					
11	Possibilité de visibiliser le centre de référence sur la rue					
12	Présence de toilettes + accès PMR					
13	Bureau + tiroirs qui ferment à clé + éventuellement accès internet + imprimante					
14	Frigo + micro-ondes					
15	Espace lumineux*					
16	Espace sécurisé et en bonne sûreté (dangers externes, sorties de secours, ...) *					
17	Accès autonome à l'espace (badge, clé)					
18	Espace judicieux pour le réseau informel					
19	Espace perçu comme public, ouvert à tous et non					

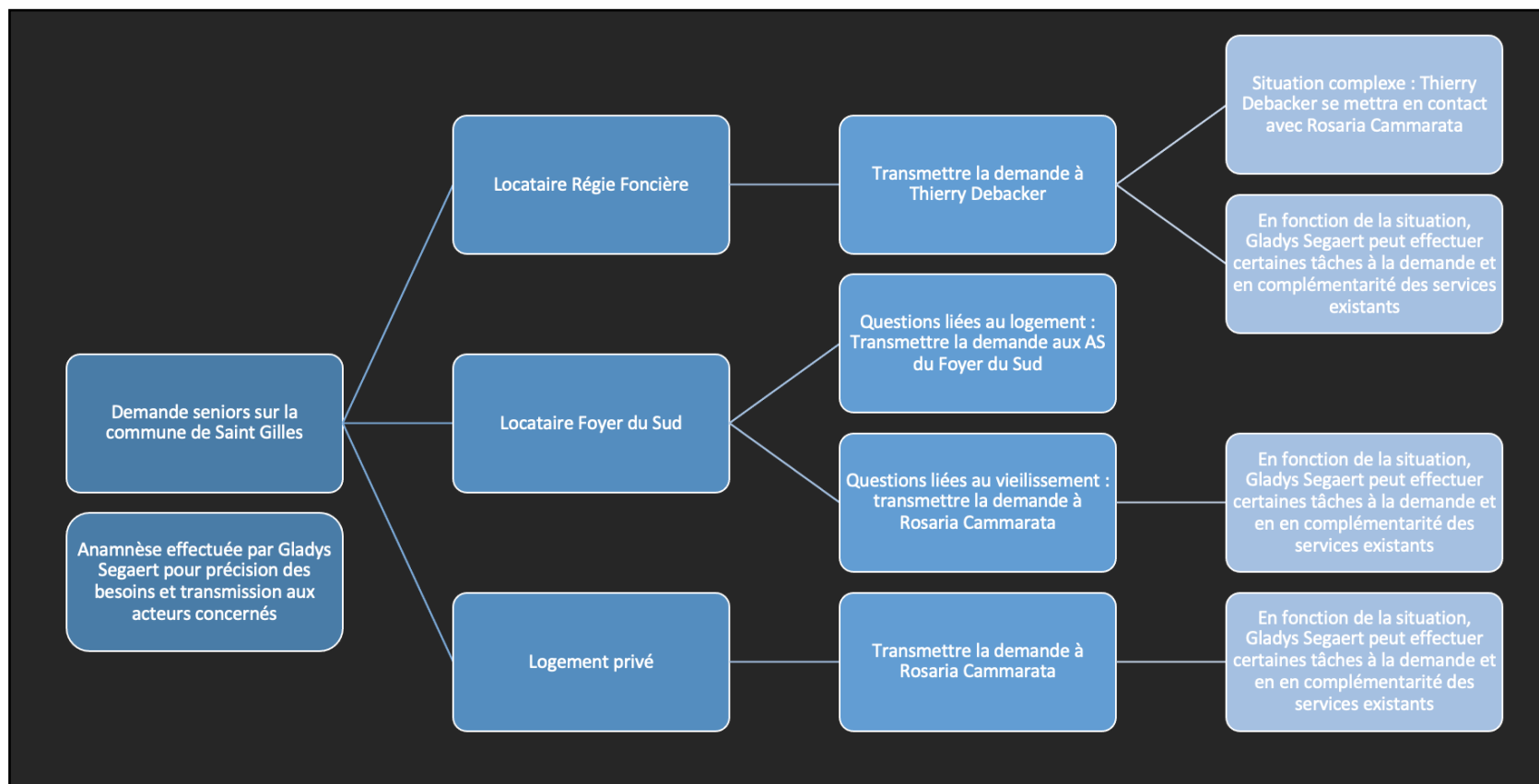
	exclusif (apolitique et multiculturel) *					
20	Gratuité d'utilisation de l'espace (loyer, charges, ...)					
	TOTAL					

Lieu

NOM	
ADRESSE	
HEURES D'OUVERTURE	
STATUT JURIDIQUE	



Procédures demandes sur la commune de Saint-Gilles :





Procédures demandes sur la commune de Bruxelles-Ville :

