



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

Synthèse des résultats - Novembre 2022

MAHIEU Céline <sup>1</sup>(dir.), VERTE Dominique<sup>2</sup>(dir.), AMERIJCKX Gaëlle<sup>3</sup> (dir), VERTE Emily<sup>4</sup> (dir),  
KOUMBA Ruth-Janet<sup>1</sup>, STEURS Manon<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>Belgian Ageing Studies, Vrije Universiteit Brussel

<sup>3</sup>Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-capitale

<sup>4</sup>Vakgroep Huisartsgeneeskunde en chronische zorg, Vrije Universiteit Brussel

## I. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est l'un des défis importants auxquels nous sommes actuellement confrontés. En Région bruxelloise, la Commission communautaire commune a lancé en ce sens en 2017 un appel à projets visant à élaborer et tester un modèle intégré d'aide et de soins centré sur les besoins de la population ciblée 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. Trois projets pilotes ont ainsi vu le jour fin 2018: CitiSen, Zoom Seniors et Senior Solidarité.

Disposant d'un financement de quatre ans, les projets sélectionnés ont été invités à déployer leurs stratégies autour de quatre volets de travail:

- 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.
- 2 : Développer le réseau d'aide et de soins et social de quartier
- 3 : Visibiliser l'offre d'aide et de soins du quartier
- 4 : Créer un cadre de vie favorable

En collaboration avec l'équipe de l'Observatoire, l'équipe de recherche a reçu pour mission 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 ?

Le cahier des charges de l'évaluation demandait de produire une évaluation de type réaliste. Une telle approche vise à contribuer à la prise de décision en matière d'aide et de soins intégrés en Région de Bruxelles-Capitale en répondant aux questions 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 ?

## II. METHODOLOGIE

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 aux niveaux local et 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 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

Les détails concernant ces sept volets et leur articulation sont disponibles dans le rapport complet. L'analyse des données a été réalisée de façon concomitante à leur production de manière à permettre d'affiner progressivement la mise au jour de différents modèles intégrés d'aide et de soins de proximité. Nous avons d'abord réalisé une analyse intra-cas, sous forme de monographie, pour chaque projet. 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 Outcomes), pour qui et avec qui (A), dans quel(s) contexte(s) (C) et comment (M). (Pawson et Tilley, 1997). Ces configurations « ICAMO » sont reprises dans la partie IV. de cette synthèse et débouchent sur l'identification et la comparaison de deux modèles d'aide et de soins intégrés. Enfin, nous avons confronté ces résultats à une revue de littérature internationale ciblée ainsi qu'à un entretien de groupe centré sur la transposabilité, afin de mettre en perspective les meilleures pratiques à mettre en œuvre à l'échelon bruxellois.

### 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 (coordinateurs, partenaires des projets, personnes âgées), les interventions, mécanismes, acteurs qui selon les répondants au Policy Delphi et aux entretiens (volets 2, 3 et 4 de la méthodologie) ont contribué ou non aux objectifs visés. Nous nous limitons dans cette synthèse<sup>1</sup> à présenter les composantes les plus originales de chacun des projets.

#### A. Projet pilote « CitiSen »

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 les ont par la suite rejoint : la Coordination de l'Action Sociale de Schaerbeek et l'Asbl SAM le Réseau des Aidants. Le porteur principal du projet 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, et un soutien aux aidants-proches. CitiSen s'adresse aux seniors du quartier Brabant situé au Nord-Est de la Région bruxelloise à cheval sur la Commune de Schaerbeek et la Commune de Saint-Josse-Ten-Noode. Le territoire a été divisé 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.

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 également par une précarité financière qui le place dans le croissant pauvre de la Région bruxelloise : 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).

---

<sup>1</sup> Nous renvoyons le lecteur au rapport complet pour une analyse plus complète de ce qui a fait consensus mais également ce qui a fait débat parmi nos répondants quant à la pertinence des différentes composantes et quant à leur adaptation aux contextes dans lequel elles ont été déployées. Les modèles de gouvernance de chacun des projets y sont également développés.

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

. Nous reprenons ci-dessous les deux dispositifs du projet CitiSen les plus importants et les plus originaux : les Ruches et les Connecteurs.

#### 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*. Les permanences y sont assurées par un binôme professionnel/bénévole. Des goûters ou petits déjeuners thématiques y sont également organisés.

#### Les connecteurs de proximité

Le connecteur de proximité a la fonction de relais entre le domicile du senior et les Ruches. Il s'engage dans la détection précoce des seniors isolés du quartier, crée des liens de confiance par des visites régulières, réalise une première analyse des besoins, signale les éventuelles situations problématiques aux professionnels des permanences e. Au moment de l'évaluation, 19 citoyens solidaires engagés contribuent 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. Les connecteurs reçoivent un défraiement de 20€ par demi-journée.

### *b) Interventions favorisant la prise en charge multidisciplinaire et globalisée des seniors*

Le projet CitiSen a mis en place différentes stratégies pour accompagner les seniors. Les personnes qui assurent la permanence des Ruches disposent d'une Fiche d'identification des seniors et des aidants-proches et d'un Questionnaire de demande des besoins des seniors pour les permanences des Ruches. Les connecteurs disposent, quant à eux, d'une Fiche de détection des seniors par rue. Une cartographie des ressources locales formelles et informelles présentes dans le quartier a également été réalisée grâce au partenariat avec l'asbl SAM le Réseau des Aidants. Cette cartographie a pris la forme d'un site internet organisé selon les besoins les plus récurrents. L'intégration et la dynamisation du réseau d'acteurs de la santé et de l'accompagnement social est aussi un des volets-phares du projet, de même que l'intégration et dynamisation d'un réseau d'acteurs informels et formels.

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

La dynamisation du réseau d'acteurs de CitiSen passe par l'implication de certains professionnels du soin et de l'aide 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, 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. Les acteurs de l'accompagnement social sont davantage présents dans le projet que ceux de l'accompagnement médical et paramédical.

#### *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 et le répertoire en ligne notamment, ambitionne de construire un maillage des acteurs formels et informels actifs dans l'accompagnement des personnes âgées sur le territoire.

#### *c) Interventions contribuant à un cadre environnemental favorable aux seniors*

La formation « premiers secours » et les actions de sensibilisation aux réalités de la vieillesse pour différents acteurs du quartier font partie des initiatives de CitiSen visant à améliorer le cadre environnemental.

#### *d) Données quantitatives relatives aux accompagnements de personnes âgées*

Les interventions menées par CitiSen touchent un public dont la moyenne d'âge globale est de 65,4 ans : une moyenne basse qui reflète la réalité socio-démographique du quartier et notamment l'importance du phénomène de vieillissement précoce. La quasi-totalité des accompagnements ont concerné des personnes issues du quartier Brabant (93%). Les accompagnements ont majoritairement concerné des femmes (70% des accompagnements). La grande multiculturalité du quartier engendre une série de difficultés d'accès aux services. Les publics accompagnés sont en revanche relativement épargnés du fort isolement social. Sur un plan socioéconomique, 59% des accompagnements ont concerné des personnes disposant d'une pension, 25% d'allocations de maladie ou d'invalidité, 7% d'allocations sociales, 5% au chômage et 4% de personnes sans revenus propres. 94% des accompagnements ont concerné des personnes disposant d'un-e médecin généraliste et 20% des personnes accompagnées disposaient par ailleurs d'un relais tiers social-santé.

Une grande majorité (73%) des accompagnements découlent d'une prise de contact opérée par les personnes âgées elles-mêmes.

Le type de besoins le plus fréquemment rencontré concerne l'accompagnement social (66% des cas). 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. La question des soins proprement dits (10%) n'arrive qu'en quatrième position (comme dans les deux autres projets). La mise en relation des personnes et des services (relais) est observée dans 54% des accompagnements. L'accompagnement direct des personnes âgées par le projet étant sensiblement moins développé que dans les deux autres projets. Parmi les prestations spécifiques à CitiSen, on relève les demandes de traduction de courriers ou documents individualisés et/ou le recours à un-e interprète.

## B. Projet pilote « Senior Solidarité »

Le projet Senior Solidarité a été introduit 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 emploie dès novembre 2018 une chargée de projet à temps plein et une accompagnatrice psycho-sociale à mi-temps qui sera par la suite substituée par celle de « zorgcoach ».

Le projet Senior Solidarité s'adresse aux personnes âgées du quartier Chasse-Jourdan correspondant à la partie ouest de la commune d'Etterbeek.

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. 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.

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

La détection précoce systématisée, la Senior GazEtt et la mise en place d'une ligne téléphonique font partie des différents dispositifs pour entrer en contact et détecter les seniors fragilisés.

#### 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 en réponse à leurs besoins et souhaits. Afin de rentrer en contact avec des aînés ciblés selon des critères prédéterminés (âge et lieu de résidence), une extraction de données de population a été obtenue à la Commune. Un courrier annonçant le passage (avec possibilité de le refuser ou de le reporter) a été

systématiquement adressé aux personnes ciblées selon ces critères. La détection précoce systématisée a été principalement menée selon un protocole préétabli par le zorgcoach, en collaboration avec un travailleur de la Maison médicale du Maelbeek et un travailleur de la Maison de Quartier Chambéry, auquel s'est ajouté un travailleur du CPAS. 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.

#### 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.

#### La ligne téléphonique

Contrairement au projet initial d'assurer l'accès à divers points de contact existant sur le territoire communal, le projet s'est concentré sur la ligne téléphonique, gérée par l'équipe de coordination du projet au départ du service communal Contact+, comme point d'entrée pour les personnes âgées.

#### *b) Interventions favorisant la prise en charge multidisciplinaire et globalisée des seniors*

Parmi les interventions du projet Senior Solidarité, nous développerons ici l'accompagnement réalisé par le Zorgcoach, la fiche d'entretiens, l'arbre décisionnel et le réseau d'acteurs correspondant.

#### 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 ».*

#### 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.



### L'arbre décisionnel du zorgcoach (répertoire des services)

L'arbre décisionnel du zorgcoach est un outil créé afin de mettre en évidence l'ensemble du réseau d'aides et de soins d'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. Un des premiers objectifs du projet était d'identifier et de clarifier l'offre globale des services d'aides et de soins (initialement recensée dans une multitude de sources ou de supports d'informations), en s'appuyant sur les expertises et les réseaux des partenaires engagés, principalement ceux identifiés et reconnus par l'acteur communal.

### Intégration et dynamisation d'un réseau d'acteurs

Comme dans les autres projets, les acteurs du secteur des soins sont peu représentés par rapport à ceux du social dans le réseau constitué par le projet Senior Solidarité. Par ailleurs, 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.

#### *c) Interventions contribuant à 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, en raison du Covid notamment. On peut cependant citer leur participation à « La semaine des aînés », 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.

#### *d) Données quantitatives relatives aux accompagnements de personnes âgées*

On observe une moyenne d'âge globale de 79,5 ans parmi les personnes âgées rencontrées par le projet. 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 etterbeekoïses attenants. Les accompagnements ont très largement concerné des femmes (79% des accompagnements), des personnes vivant seules (80%), pour moitié sans aidant-e proche (50%) et ayant une maîtrise du français suffisante pour recourir aux services sans nécessité d'interprète (99% des accompagnements). Sous l'angle 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. Les accompagnements s'adressent en majorité à des personnes à la pension (87% des accompagnements), contre seulement 6% de situations où les personnes

dépendent d'aides sociales, 3% en maladie ou invalidité et 2% sans revenus propres. Pas moins de 97% des accompagnements ont concerné des personnes disposant d'un-e médecin généraliste et une part non négligeable de personnes disposaient d'un relais tiers social-santé (39% des accompagnements).

Le lieu de contact correspond aux stratégies menées par le projet aux différentes périodes de son évolution : 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, alors qu'en période de stabilisation c'est l'inverse qui s'observe : 59% pour le téléphone/point de contact et 29% pour le domicile.

Le type de besoins le plus fréquemment rencontré (45%) concerne les activités de la vie quotidienne. On retrouve ensuite l'enjeu de mobilité (23% des accompagnements). Ceci pourrait notamment s'expliquer par la moyenne d'âge la plus élevée des trois projets pilotes dans les accompagnements réalisés. En troisième lieu (21%), figure ce qui a trait aux aides concernant le logement et la situation en logement. La question des soins proprement dits (20%) arrive en quatrième position (comme dans les deux autres projets). Les demandes d'accompagnement social, à raison de 20% des cas, sont limitées par comparaison aux deux autres projets où cet enjeu figure en première position.

La logique d'accompagnement direct (par opposition à la logique de relais vers d'autres acteurs) est assez développée dans ce projet comme le montre l'ampleur de l'aide administrative (51% des opérations de Senior Solidarité) et de l'accompagnement psychosocial (22% des opérations effectuées).

### C. Projet pilote « Zoom Seniors »

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 regroupant 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 s'est constitué dès février 2017 en un consortium de partenaires (qui deviendra le COPIL du projet). Au sein de ce consortium d'acteurs, l'asbl Gammes, un service de garde à domicile pour les personnes âgées et en perte d'autonomie, est considérée comme le porteur principal du projet.

Le projet a débuté 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.

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. Au sein de ce bassin de vie, un « quartier prioritaire » constitué de cinq quartiers répartis sur les deux communes a initialement été identifié et regroupé en 3 zones : la Zone Anneessens (Anneessens), la Zone Marolles (Marolles et Stalingrad), et la Zone Bas de Saint-Gilles (Porte de Hal et Bosnie).

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 »). Une très forte densité moyenne de population est observable dans ces quartiers qui était 30% plus élevée que la densité moyenne régionale. Les populations des quartiers cibles présentent des caractéristiques assez similaires en termes de multiculturalité et de précarité économique notamment.

#### *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 parmi lesquels nous présenterons les permanences, les ateliers de sensibilisation à la veille pour les non professionnels du soin, et les colis.

#### *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. Il s'agit également de *participer à la dynamique de l'association qui héberge ces permanences*. Zoom Seniors a dans cette optique déterminé une liste de critères d'évaluation et de sélection pour les lieux et organisations hébergeant ces permanences. Les trois lieux où s'organisaient initialement les permanences ont été relocalisés au cours du projet en raison de difficultés d'accès ou de tensions avec les organisations-hôtes.

#### *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. Ces ateliers travaillent la capacité

à observer lorsque les personnes âgées sont rencontrées dans l'espace public, les logements sociaux, etc., à poser des questions pour identifier les besoins et à identifier les ressources disponibles dans le quartier.

#### Les colis

Pendant le premier confinement (2020), 750 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 systématiquement aux personnes âgées. Cette distribution a été conçue comme une action de visibilité du réseau et de détection des personnes fragiles. 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 encore pu être touchées.

#### *b) Interventions favorisant 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.

#### Les arbres décisionnels

Afin de favoriser le travail d'orientation des publics par la facilitatrice, 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. Il inscrit l'accompagnement des demandes dans des parcours dépendant notamment du type 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.

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

Zoom Seniors rassemble 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. Dans la pratique, les acteurs du secteur de la santé vont essentiellement se concentrer sur un projet périphérique à l'activité principale de Zoom Seniors : l'eFinger (nous renvoyons le lecteur au rapport complet sur ce point).

#### 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. Le réseau des

professionnels (axé sur partage d'expériences) et le réseau informel (axé sur le soutien aux réseaux d'entraide) fonctionnent de manière assez indépendante.

#### *c) Interventions contribuant à un cadre environnemental favorable aux seniors*

Le consortium d'acteurs a décidé d'aborder cet enjeu en s'associant à des projets améliorant le bien-être dans le quartier (ex : Un Été à Fontainas, un projet « soupes »), la promotion d'activités culturelles locales (ex : Visites Arts et Marges), et en prenant part aux différents projets institutionnels locaux (Projets de cohésion sociale et Contrats Locaux Social-Santé).

#### *d) Données quantitatives relatives aux accompagnements de personnes âgées*

Les personnes accompagnées par Zoom Seniors ont une moyenne d'âge globale de 71,7 ans. L'ensemble des accompagnements ont concerné des personnes issues des quartiers couverts par le projet (100%). La majorité sont des femmes (76% des accompagnements). Moins de deux tiers des interventions (61%) concernent une personne maîtrisant suffisamment le français pour recourir aux services sans nécessité d'interprète. Les accompagnements s'adressent en majorité à des personnes à la pension (59% des accompagnements), tandis que 20% d'entre elles dépendent d'aides sociales, 10% d'aides en lien avec un statut de maladie ou d'invalidité. Une forte précarité économique (97% des accompagnements ont touché des personnes disposant de moins de 1.500 euros par mois) se conjugue à un score d'isolement social élevé : 52% des accompagnements ont concerné des personnes vivant seule et n'ayant pas d'aidant proche. 89% des accompagnements ont concerné des personnes disposant d'un-e médecin généraliste et une part non négligeable de personnes disposaient d'un relais tiers social-santé (43% des accompagnements).

Pendant la période de mise en place du projet, 65% des accompagnements des personnes âgées ont été à l'initiative d'un acteur tiers, tandis qu'en période de stabilisation de Zoom Seniors, 77% des accompagnements ont été à l'initiative des personnes âgées elles-mêmes.

Le type de besoins le plus fréquemment rencontré concerne l'accompagnement social (66% des cas). En deuxième position, 35% des accompagnements concernent le logement. En troisième lieu, 26% des situations sont relatives aux activités de la vie quotidienne. Comme dans les autres projets pilotes, la question des soins proprement dits (18%) arrive en quatrième position.

La logique d'accompagnement direct (par opposition à la logique de relais vers d'autres acteurs) est assez développée dans ce projet comme le montre l'ampleur de l'aide administrative (73% des opérations menées par Zoom Seniors) et de l'accompagnement psychosocial (30% des opérations effectuées).

## IV. ANALYSE TRANSVERSALE REALISTE DES MODELES INTEGRES D'AIDE ET DE SOINS DE PROXIMITE

En travaillant sur les similitudes et les différences entre les projets pilotes et en adoptant les principes de l'analyse réaliste exposés plus haut, 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 »<sup>2</sup> (une par objectif).

### *a) Entrer en contact et à détecter les seniors en situation de fragilité*

Chacun des projets pilotes a développé différentes catégories d'interventions (I) afin de détecter les seniors en situation de fragilité, d'entrer en contact avec eux et de visibiliser l'offre. On peut cependant considérer que CitiSen a davantage misé sur les Permanences au sein de guichets uniques (Ruches) et sur la Connexion avec des relais communautaires ou acteurs de proximité. Senior Solidarité a davantage investi le Passage systématique à domicile et les Permanences téléphoniques au départ de l'antenne communale Contact+. Zoom Seniors, par l'accent mis sur ses propres Permanences et sur les Ateliers de sensibilisation à la veille, se rapproche plutôt de la stratégie d'ancrage communautaire menée par CitiSen mais présente une certaine hybridité. Pour schématiser ces deux modèles de détection et 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 sur une forme de Systématicité structurée par les institutions (le passage méthodique à domicile complété par une permanence téléphonique est fortement ancré dans les services communaux qui mobilisent leurs ressources à cette fin).

Les interventions au concret correspondent à la fois aux publics visés par les différents projets et aux stratégies mises en œuvre pour y parvenir. La première configuration permet 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 davantage les personnes isolées (O).

Il est intéressant de noter que l'un des principaux reproches adressés à Zoom Seniors par certains de ses intervenants est son manque de systématicité 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

---

<sup>2</sup> Comme énoncé dans la méthodologie, un modèle « ICAMO » est 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).

modèles semblent ainsi renvoyés dos-à-dos dans leurs atouts et inconvénients. Il semble dès lors important de caractériser l'implication des acteurs concernés (A) et de réintroduire les conditions de contexte (C) permettant de comprendre les chemins empruntés par l'un et l'autre. Le premier modèle, celui de la Flexibilité ancrée dans la communauté est porté à CitiSen par un acteur associatif très ancré dans les dynamiques de quartier interculturelles et dans le réseau informel. La portée géographique limitée du projet 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, précaire sur le plan financier, souffrant de problématiques de santé entraînant des formes de dépendance importantes mais encore relativement jeune et susceptible de se déplacer dans des lieux communautaires, très développés dans le quartier étant donné un secteur associatif dense.

Par comparaison, le modèle de la Systématicité structurée par les institutions tel qu'il est réalisé par le projet Senior Solidarité est porté par la Commune. 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 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. L'hétérogénéité culturelle y est également beaucoup plus faible. 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.

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. Ce projet se rapproche davantage du premier modèle, mais l'organisation des permanences s'est notamment heurtée à la concurrence entre acteurs et aux restrictions imposées par le Covid. En outre, 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. Les réseaux d'entraide entre voisins étaient aussi inégalement développés selon les zones. Dans un contexte de limitation des ressources humaines, 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.

### *b) Favoriser la prise en charge multidisciplinaire et globalisée des seniors*

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 **Outils d'évaluation des besoins et ressources** du senior vont ainsi servir à la fois à identifier les besoins et à enregistrer le senior dans le projet (ainsi que les suivis opérés). Ils prennent des formes différentes : la Fiche d'analyse de situation de Senior Solidarité se présente comme une anamnèse des facultés et de la situation du senior réalisée par le professionnel 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. 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.

Les **Outils à visée d'orientation** ont pour fonction à la fois de favoriser la lisibilité des réseaux existants et de faire mieux correspondre besoins et soutiens. Ils se distinguent notamment par leur mode de structuration : en fonction des catégories de besoin (chez CitiSen et dans l'une des communes de Zoom Seniors) ou en fonction des catégories administratives des seniors (chez Senior Solidarité et dans l'autre commune de Zoom Seniors).

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 sur le terrain (binôme professionnel/bénévole dans les Ruches, actions de détection en rue avec des acteurs de la santé et le réseau des Connecteurs). Chez Senior Solidarité, c'est la présence du Zorgcoach sur le terrain et l'arbre décisionnel fondé sur l'offre de services qui sont les points focaux du lien entre les acteurs au sein du projet.

Les projets sont évolutifs et complexes, on peut repérer cependant deux types de dynamiques entre lesquelles ils naviguent pour construire les liens entre les acteurs. Dans la forme de type « Communauté d'action », les rôles sont construits par la référence à un devenir commun de quartier et aux effets sur lesquels s'engage le collectif (essentiellement chez CitiSen mais également plus récemment chez Zoom Seniors à travers la participation au projet « soupe »). Dans la forme de type « Segmentation fondée sur les institutions », les rôles sont déterminés a priori, en fonction de catégories administratives de rattachement des bénéficiaires et de



collaborations privilégiées (essentiellement dans les réalisations de Senior Solidarité et dans l'une des deux communes de Zoom Seniors).

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. On y 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 différents (formel/informel ; santé/social). 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 de référence (le zorcoach ou le facilitateur). Son action est encadrée par des procédures (cf. les arbres décisionnels basés sur les catégories administratives ou le filtrage des acteurs vers lesquels le relais peut être effectué).

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 sur le terrain.

	<b>Outils d'évaluation des besoins et ressources du senior</b>	<b>Outils à visée d'orientation</b>	<b>Dispositifs de maillage des acteurs</b>	<b>Dispositifs de relais et d'accompagnement</b>
<b>Configuration 1 : Communauté d'action où les rôles se construisent dans l'action</b>	Consultation du senior sur sa demande et ses ressources	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, interventions, chartes
<b>Configuration 2 : Rapports segmentés où les rôles sont déterminés par la place occupée dans le système</b>	Anamnèse par le professionnel	Arbres décisionnels à destination des professionnels structurés en fonction des catégories	Ordonnancement en fonction des catégories et niveaux d'action ou logique en entonnoir autour d'une fonction	Relais incarné par une personne de référence encadrée par des procédures

<b>institutionnel</b>		administratives	focale	
-----------------------	--	-----------------	--------	--

On remarque moins de conflits entre les coordinateurs et les structures hébergeuses dans les permanences effectuées par CitiSen (plus proche 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 (O).

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 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 ». Les rôles y 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).

### *c) Interventions contribuant à un cadre environnemental favorable aux seniors*

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. Des activités de sensibilisation aux réalités des seniors à destination de différents acteurs du quartier ont ensuite été développées : les tentatives d'implication des commerçants et 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 ; la participation de policiers à des ateliers de sensibilisation organisés par CitiSen. Des activités d'information et de formation, à destination cette fois 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). Les projets ont également mené des actions de promotion ou de participation à des activités existantes améliorant le bien-être dans le quartier pour contribuer à la cohésion sociale autour des aînés. Enfin, les trois projets ont travaillé à l'amélioration du cadre de vie des aînés à travers leur Implication dans des projets institutionnels locaux visant la cohésion sociale et la collaboration entre secteurs de l'accompagnement social et de la santé (Contrats Locaux Social-Santé notamment).

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.

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 visibilisation des interventions reprises sous cet objectif.

Les interventions collectives menées pour 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.

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.

Ces éléments nous conduisent à nouveau à distinguer deux configurations : la première met l'accent sur l'(in)Formation des acteurs du quartier aux réalités des seniors en les impliquant ceux-ci et leurs proches, la seconde sur la Promotion ou la participation à des activités existantes améliorant le bien-être dans le quartier.

*d) Deux modèles pour conclure: la Distribution dans la communauté versus l'Institutionnalisation du modèle d'aide et de soins intégrés*

La mise en relation des précédentes configurations permet de montrer qu'elles se déclinent essentiellement selon deux modèles, l'un centré sur la Distribution dans la communauté, l'autre sur l'Institutionnalisation du modèle d'aide et de soins intégrés :

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

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 modèle. 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 le premier ou le second modèle. 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 rapport complet de l'étude. Ceux-ci peuvent nourrir le travail des autres initiatives menées en la matière, quelle que soit le modèle dans lequel elles s'inscriront.

## 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. Pour ce faire, 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 ont été réalisés. 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.

### 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. Mais comment favoriser l'acceptabilité sociale et culturelle des différents points d'information et atteindre les publics les plus éloignés ?

La proximité géographique d'une personne est insuffisante (Cummins et al., 2007); en revanche, le travail relationnel, défini comme « l'accès aux services en comblant la distance relationnelle entre les résidents et les prestataires de services » (Carlsson & Pijpers, 2020, p. 215), est mentionné comme un facteur important. L'implication des figures-clés des communautés dans la diffusion de l'information est un aspect fondamental de l'accès pour les 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). 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'y être présents.

Ce travail relationnel de proximité est également au cœur des recommandations des participants à notre entretien de groupe. Le modèle organisationnel des soins de proximité doit être, selon

eux, 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 et avant qu'elles ne se perdent dans le dédale des services. 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. Il s'agit de faire moins d'administratif et plus de lien interpersonnel, de privilégier le bas seuil en allant vers les publics en situation de fragilité dans tous les lieux qu'ils fréquentent.

En lien avec la configuration **Systematicité structurée par les institutions**, un autre participant souligne toutefois le levier que représente l'autorité publique dans le cadre de l'accès des publics aux services concernés. Cette autorité publique dispose de certaines prérogatives lui permettant de gérer l'agrément et le financement des acteurs sans lesquelles le projet n'a pas toujours de légitimité à solliciter les acteurs. Les missions généralistes de cette autorité touchent l'ensemble de la population en modifiant la manière d'organiser les services.

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

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. Ceci soulève la question de savoir quels éléments mettre en place pour favoriser l'implication et l'intégration des acteurs de la santé à côté des acteurs de l'accompagnement social.

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). Parmi les obstacles, citons les conceptions du système axées sur l'offre, les problèmes financiers et législatifs, les frictions entre les professionnels et les organisations, reflet de la fragmentation des différents systèmes impliqués (Nies 2006, p. 394), les règles et réglementations organisationnelles et procédurales de chaque secteur (Billings, J. et Leichsenring, K., 2005),

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.

Selon le « Nomological network of Organisational Empowerment » développé par Peterson et Zimmerman (2004), étant donné que le fonctionnement intergroupe dépend des relations intra-organisationnelles, le représentant de chaque organisation membre du réseau doit être soigneusement sélectionné (compétences en communication et en coopération), la confiance entre professionnels, organisations et décideurs doit être développée et, pour une meilleure adaptation au contexte local, les modes de coopération doivent être laissés à l'appréciation des professionnels plutôt que définis en amont. Deuxièmement, au niveau inter-organisationnel, l'étude définit l'importance pour les professionnels de construire des ponts entre les organisations grâce à une définition claire des tâches et des responsabilités et à des structures de communication soignées (Janssen et al., 2015). Enfin, au niveau extra-organisationnel, les auteurs mettent l'accent sur l'attitude des professionnels et des organisations, ceux-ci devraient selon eux agir en tant que « défenseurs du mode de travail des soins intégrés » et l'expertise des professionnels doit être prise en compte par les décideurs dans un dialogue permettant l'alignement des attentes (Janssen et al., 2015).

Du côté du focus group de validation et de transférabilité, les participants soulignent que les compétences des acteurs de la santé et de l'accompagnement social sont complémentaires mais aussi que les manières de construire la confiance y sont différentes. Selon l'un des chercheurs ayant participé à ce groupe, l'approche axée sur le quartier est diamétralement opposée au paradigme de l'intervention biomédicale (dans laquelle le patient est plutôt subordonné à la pathologie, et dans lequel le prestataire de soins est le spécialiste) et nécessite donc un modèle d'organisation différent. Le fait que les deux modèles doivent être connectés au niveau du quartier constitue un véritable défi pour une aide, un soutien et des soins en continu. Ceci est d'autant plus important que la hiérarchie des besoins des personnes âgées telle qu'identifiée en Flandre et à Bruxelles fait apparaître 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 seulement pour les soins médicaux ou paramédicaux (9% de la population âgée).

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

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 le modèle de la *Distribution dans la communauté*) plutôt que de confier ces deux missions à une seule personne. Le risque de difficultés relationnelles ou encore la précarité des postes de chargés de projet créés ne permettent 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 ». Ils expriment la crainte que ces projets ne développent un nouveau service et plaident plutôt pour une fonction de coordination favorisant une nouvelle manière de travailler, où chaque service développe son propre *outreaching* et travaille les interactions au concret (modèle de la *Distribution dans la communauté*).

Ces remarques rejoignent également l'expérience du chercheur impliqué dans le focus group. Un réseau de détection plus diffus permet de repérer un grand nombre de personnes âgées ayant des besoins mais qui ne fréquentent pas les services sociaux. Cela permet également d'éviter le sentiment de concurrence éventuelle avec les services existants ainsi que la surcharge de travail du coordinateur.

#### 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 soins. 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 recherche démontre que la « gouvernance des services publics par quartier », définie comme « la prise de décision collective et/ou la prestation de services publics au niveau infralocal » (Lowndes et Sullivan, 2008) permet aux autorités locales de collaborer avec les travailleurs de première ligne pour adapter la prestation de services aux besoins des résidents et d'accroître l'utilisation et la pertinence des services (Bartels, 2017; Durose, 2009). Cependant, les chercheurs sont en désaccord sur l'efficacité de ce type de gouvernance à traiter les désavantages subis par les minorités (MacLeavy, 2008).

Van Hulst (2012) a constaté que pour parvenir à développer le travail relationnel mentionné plus haut, susceptible de réduire les inégalités d'accès aux services, 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). Il est important que ce travail relationnel nécessaire pour mobiliser les habitants défavorisés soit reconnu par les autorités et que celles-ci ne se concentrent dès lors pas sur les résultats quantitatifs des projets (Bartels, 2017) et prennent en compte la durée nécessaire à cette mobilisation de quartier (van Dijk et al., 2016).

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 et en reliant le projet aux enjeux actuels des pouvoirs locaux au sein d'une même Communauté d'action, tendue vers des réalisations communes. 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 également cruciale. 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, même si un certain nombre d'étapes sont toujours nécessaires en termes de processus et peuvent être répliquées. Les processus nécessaires au démarrage et au maintien de tels modèles organisationnels sont assez génériques (diagnostic de quartier, répertoire des acteurs, profils de risque de la population, etc.), mais la mise en œuvre concrète est tellement spécifique au contexte que les processus doivent être correctement mis en œuvre par zone. 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 mettre en évidence deux modèles : l'un centré 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 (partie IV). Ils 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 le premier modèle, contre une tendance à incarner la fonction d'accompagnement par une personne dans le second.

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 (Partie 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, le rapport d'où est extraite cette synthèse a pour ambition de fournir au lecteur certains éléments-clés 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.