

Continuité des soins et du social pour les publics précarisés souffrant d'une affection chronique en région de Bruxelles-Capitale

RAPPORT DE RECHERCHE



Marie Dauvrin, Pierre Smith, Vincent Lorant

Avril 2017



Institut de recherche Santé et Société

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
TITRE DU PROJET	5
C.V. express des auteurs	5
Institut de Recherche Santé et Société IRSS.....	6
INTRODUCTION	7
Au cœur de la triple peine.....	7
Navigation en eaux troubles : fragmentation du système.....	8
Paradoxe bruxellois et mille-feuille institutionnel	10
Assurer la continuité des soins, un enjeu pour tous	11
Le défi bruxellois de la continuité des soins et du social	12
Objectifs et questions de recherche	13
CADRE THEORIQUE : Continuité des soins et populations précarisées	15
Continuité des soins	15
Profils de morbidité et de risque social des groupes-cibles.....	16
Affections chroniques.....	18
METHODOLOGIE.....	20
Lieu d'enquête et participants	20
Population-cible et échantillonnage	20
Instruments de collecte des données	23
Module sociodémographique, y compris l'expérience de continuité de services.....	23
Module expérimental sur les préférences en termes de solutions face à une situation donnée	24
Module sur les critères d'évaluation des politiques	26
Module sur les solutions politiques, organisationnelles et financières	26
Module de clôture.....	34
Validation du questionnaire	34
Validation par des experts.....	34
Validation cognitive du questionnaire	34
Test cognitif avec les bénéficiaires.....	34
Test cognitif avec les professionnels.....	36
Validation du questionnaire par un groupe test de professionnels et de bénéficiaires	36
Création et mise en ligne du questionnaire	37
Soumission du protocole de recherche à la Commission d'éthique	37
Analyses des données	38
Analyses qualitatives	38
Analyses quantitatives.....	38
Croisement des données qualitatives et quantitatives.....	39
RESULTATS GENERAUX.....	40
Profil sociodémographique des bénéficiaires	40
Description des professionnels et des pouvoirs publics	45
Participation des professionnels	45
Critères d'évaluation des politiques selon les professionnels et les pouvoirs publics.....	47
SOLUTIONS REGIONALES.....	49
Efficacité des solutions sur la continuité des services de santé et des services sociaux	49
Solutions prioritaires et solutions à exclure en matière de continuité des services de santé et des services sociaux	54
Influence des caractéristiques des solutions sur l'efficacité et la priorité	56
SOLUTIONS INDIVIDUELLES.....	59
Différences dans les choix des modèles de continuité des soins et du social	59
Influence des déterminants individuels sur les choix des modèles de continuité des soins et du social.....	60

Influence de la mutuelle sur les préférences des répondants	61
Influence du logement sur les préférences des répondants.....	61
Influence de la comorbidité psychiatrique sur les préférences des répondants	61
Influence du statut des répondants sur les choix des modèles de continuité des soins et du social.....	63
Influence des combinaisons des déterminants sur les choix des modèles de continuité des soins et du social.....	64
SYNTHÈSE DES ÉCHANGES DU GROUPE FOCAL	67
Thème 1 : Financement.....	67
Thème 2 : Définition des publics-cibles et des objectifs	67
Thème 3 : Amélioration de la cohérence	68
Thème 4 : L'utilisateur des services.....	69
RECOMMANDATIONS POUR LA RÉGION BRUXELLES-CAPITALE	70
Recommandation 1 : Augmenter la coordination dans le domaine de la gouvernance.....	70
Recommandation 2 : Soutenir des solutions financières intégrées.....	70
Recommandation 3 : Clarifier le rôle des CPAS dans les questions de santé	71
Recommandation 4 : Développer des modèles de prise en charge intégrés sur base des déterminants sociaux de la santé.....	72
Recommandation 5 : Attribuer des professionnels de référence aux patients précarisés souffrant d'une affection chronique pour assurer le lien entre les aspects santé et sociaux.....	73
CONCLUSION	74
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	75

REMERCIEMENTS

Ce projet de recherche n'aurait sans doute pas eu les mêmes résultats sans l'aide et les conseils de Arnaud Soltysik, Julie Gysen, Adeline Grard, William D'Hoore, Xavier Lampe, Djamila Taimount, des membres des groupes MHSR et HSR Vulnerability (Université catholique de Louvain).

De nombreuses personnes ont donné de leur temps pour nous permettre de rencontrer des bénéficiaires : Laurence Theizen (MASS), Sarah Locht (Maison Médicale du Vieux Molenbeek), Marie Deschrevel (Entraide des Marolles), Caroline Job (Maison Médicale Marconi), Joëlle Van Hoeck (Maison Médicale de l'Enseignement), Jean-Christian Privat (Maison Médicale de la Senne), Mr Terseleer (Centre de Santé Albert), Geneviève Loots (Médecins du Monde), Eric Leurquin (Croix-Rouge de Belgique), Daniel Vandebossche (Pierre d'Angle).

Nous remercions également tous les professionnels, experts et acteurs des pouvoirs publics de la région de Bruxelles-Capitale qui ont participé au projet CAPP.

Ce projet est rendu possible grâce au soutien financier d'INNOVIRIS

Enfin, elles et ils sont nombreux à vivre des situations de vie difficile mais elles et ils nous ont toujours accueillis avec amitié et ont accepté de partager leurs histoires, parfois tragiques, parfois optimistes. Merci à Olga, Murielle, Martial, Abdel, André, Amadou et tous les autres

"C'est vraiment bien de tenir [compte] des préoccupations des gens en détresse. Merci"

Mme A, sans titre de séjour, a perdu son mari et un de ses fils lors d'une attaque de Boko Haram, rencontrée dans un service de santé bas-seuil, Bruxelles

« Il faut être heureux même quand on n'a plus rien. Il faut toujours être positif, il faut leur montrer qu'on a des rêves, qu'on ne peut pas nous les prendre »

Mr V, sans domicile, rencontré dans un centre d'hébergement de nuit, Bruxelles

TITRE DU PROJET

Continuité des soins et du social pour les publics précarisés souffrant d'une affection chronique en région de Bruxelles-Capitale

Titre opérationnel : Continuité de l'Aide pour les Publics Précarisés

Acronyme : CAPP

Equipe de recherche : Marie Dauvrin, Pierre Smith, Vincent Lorant

C.V. express des auteurs

Marie Dauvrin, infirmière en santé communautaire et docteure en sciences de la santé publique

- Chargée de recherches à l'Institut de Recherche Santé et Société de l'Université catholique de Louvain
- Chargée de cours invitée à la Faculté de santé publique de l'Université catholique de Louvain
- Chargée de cours au Parnasse-ISEI, Haute Ecole Léonard de Vinci
- Champs d'expertise : inégalités sociales de santé, migration et santé, précarité, sciences infirmières
- <http://www.uclouvain.be/marie.dauvrin>

Pierre Smith, infirmier en santé mentale et psychiatrie et master en sciences de la santé publique

- Assistant de recherche à l'Institut de Recherche Santé et Société de l'Université catholique de Louvain
- Clinicien au CHU/UVC Brugmann
- Champs d'expertise : inégalités sociales de santé, santé mentale et précarité, continuité des soins
- <http://www.uclouvain.be/pierre.smith>

Vincent Lorant, sociologue, économiste et docteur en sciences de la santé publique

- Professeur l'Institut de Recherche Santé et Société de l'Université catholique de Louvain
- Professeur à la Faculté de santé publique et à la Faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain
- Champs d'expertise : inégalités sociales de santé, mental health service research, analyse des réseaux sociaux
- <http://www.uclouvain.be/vincent.lorant>

Contacter l'équipe de recherche

- Personne de contact : Marie Dauvrin, Dr
- Adresse courriel : Marie.dauvrin@uclouvain.be
- Téléphone : + 32 479 92 26 24

Institut de Recherche Santé et Société IRSS

L'Institut de Recherche Santé et Société offre un cadre novateur aux chercheurs intéressés par le développement d'activités de recherche qui visent à mieux comprendre les déterminants de la santé, les services et systèmes de santé et les interactions complexes qui les relient à la santé des individus et des populations. Ces domaines concernent, en particulier, les axes suivants :

- Systèmes de santé
- Populations vulnérables, droit et bioéthique
- Education à la santé
- Santé internationale
- Outils méthodologiques en santé publique
- Epidémiologie clinique

L'IRSS poursuit les objectifs suivants:

- Développer un milieu de recherche interdisciplinaire de haut niveau, soutenant le travail d'équipe
- Stimuler l'excellence en matière de production scientifique
- Soutenir la formation de jeunes chercheurs
- Recruter des jeunes chercheurs de qualité et offrir une perspective à long terme aux chercheurs méritants
- Diffuser les résultats scientifiques les plus pertinents et utiles sur le plan social

Découvrez le rapport d'activités et les événements de l'IRSS sur la page suivante :

<http://uclouvain.be/irss.html>

INTRODUCTION

Au cœur de la triple peine

Ces dernières années, la santé et le bien-être des populations ont fait l'objet de nombreuses études nationales et internationales avec une attention croissante envers les affections chroniques et la santé mentale (Hermans, De Witte, & Dom, 2012; Murray et al., 2013; Vos et al., 2013). La région bruxelloise est particulièrement concernée par la problématique des affections chroniques, y compris celles liées à la santé mentale. Près de 31% de la population bruxelloise de plus de 15 ans souffre d'une ou plusieurs affections chroniques, comme le diabète de type deux ou l'hypertension (Van der Heyden, 2014a). Parmi ce groupe, 36% des répondants déclarent souffrir en permanence des conséquences de leur affection chronique et 67% déclarent souffrir de limitations (Van der Heyden, 2014a).

Du côté de la santé mentale, 36% des hommes bruxellois et 43% des femmes bruxelloises ont déclaré au moins un trouble de santé mentale tel que la dépression sévère ou l'anxiété chronique, avec une augmentation constante de la prévalence des différents troubles de santé mentale au cours des dernières années (Gisle, 2014). En 2010, le suicide a été identifié comme la première cause d'années de vie perdues avant 75 ans chez les hommes bruxellois et la deuxième chez les femmes bruxelloises (Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale, 2010). Les troubles mentaux représentent également la première cause d'invalidité, empêchant l'exercice d'une activité professionnelle, chez les femmes et hommes bruxellois, avec une augmentation de la contribution des troubles mentaux à l'invalidité de 25% entre 2000 et 2007 (Demarest, 2014b).

L'expérience de santé des personnes souffrant d'affections chroniques est influencée par différents déterminants, ce qui peut conduire à l'émergence de groupes particulièrement à risque d'exclusion et de présenter un mauvais état de santé. En effet, au plus les individus ont un niveau socioéconomique faible, au plus ils sont à risque de voir leur bien-être altéré, d'avoir une perception subjective négative de leur état de santé, de souffrir d'une – ou plusieurs - affection chronique et d'incapacités/invalidités liées à ces affections chroniques. Par exemple, la prévalence de la dépression ou des troubles psychotiques est plus élevée chez les individus avec un statut socioéconomique faible par rapport aux individus avec un statut socioéconomique élevé (Lorant, Van Oyen, & Thomas, 2008; Pinto-Meza et al., 2013; Van der Heyden, 2014a). Après standardisation pour le sexe et l'âge, la prévalence des affections chroniques est de 43,2% chez les Bruxellois avec un diplôme du primaire et en-dessous alors que ce taux n'est que de 26,7% chez les personnes avec un diplôme du supérieur (Van der Heyden, 2014a). De plus, le lien entre la santé mentale et la pauvreté a été clairement démontré (Lepiece, Reynaert, Jacques, & Zdanowicz, 2015). L'absence de logement s'avère particulièrement néfaste pour la santé. Parmi la population sans-domicile fixe, les études rapportent une prévalence plus élevée de tuberculose, d'infection au VIH/SIDA, mais également d'affections chroniques comme le diabète de type 2 (Arnaud, Fagot-Campagna, Reach, Basin, & Laporte, 2010; Beijer, Wolf, & Fazel, 2012; Fazel, Geddes, & Kushel, 2014; Lebrun-Harris et al., 2013). De plus, les personnes sans-domicile fixes sont particulièrement à risque de développer des troubles de santé mentale, quand le trouble de santé mentale n'est pas lui-même le facteur ayant entraîné la vie en rue (Fazel, Khosla, Doll, & Geddes, 2008; Hodgson, Shelton, Van Den Bree, & Los, 2013).

Un autre facteur de vulnérabilité est l'appartenance à une minorité ethnique et l'expérience migratoire. Certaines affections chroniques ont une prévalence plus élevée parmi les populations migrantes et les minorités ethniques, comme le diabète de type 2, l'asthme ou encore le VIH/SIDA (Abouzeid, Philpot, Janus, Coates, & Dunbar, 2013; Barnett et al., 2006; Fakoya et al., 2015; Hernando et al., 2015; Price, Khubchandani, McKinney, & Braun, 2013; Vandenheede & Deboosere, 2009). Parmi les demandeurs d'asile, l'augmentation du nombre de personnes âgées combinée à des flux migratoires venant de pays industrialisés entraînent une augmentation de la prévalence des affections chroniques dans ce groupe (Abbasi, Patel, & Godlee, 2015; Gulland, 2015; Hunter, 2016). Les personnes en séjour irrégulier ne sont pas épargnées par les affections chroniques et leurs conséquences, même si ce phénomène souffre d'un manque de documentation (CLANDESTINO, 2009; Ehmsen, Biswas, Jensen, Krasnik, & Norredam, 2014). Dans le domaine de la santé mentale, les Belges d'origine turque ou marocaine sont plus à risque de déclarer un mauvais état de santé subjective et de développer une psychose ou de l'anxiété chronique que les Belges (Fossion et al., 2002; Fossion et al., 2004; Levecque, Lodewyckx, & Bracke, 2008; Levecque, Lodewyckx, & Vranken, 2007; Lorant, Van Oyen, et al., 2008). Comparés aux populations résidentes, les demandeurs d'asile et les personnes en séjour irrégulier ont une prévalence plus élevée de morbidité psychiatrique, y compris après contrôle de la désirabilité sociale, des ressources post-migratoires et des événements traumatiques (Heeren et al., 2014).

Lorsque les affections chroniques sont combinées à des facteurs de stratification sociale, comme le faible niveau d'éducation ou l'appartenance à une minorité ethnique, la personne qui en souffre est soumise à une double peine, voire une triple peine lorsqu'une comorbidité psychiatrique entre en jeu (Lorant & Bhopal, 2011). En effet, les patients sont plus à risque d'être exclus du marché du travail, de l'accès au logement, ont plus de risque d'être discriminés et, au final, ont moins d'accès aux ressources et aux opportunités de la société (Dierckx, Vranken, Coene, & Van Haarlem, 2011; Tilly, 1998). Cette triple peine se traduit également dans l'état de santé et dans l'accès aux soins (Abouzeid et al., 2013; Lorant & Bhopal, 2011; Vandenheede, Lammens, Deboosere, Gadeyne, & De Spiegelaere, 2011). Les personnes précarisées retardent le recours à un professionnel de santé ou à l'achat de médicaments, ont moins souvent un médecin généraliste de référence, consultent moins fréquemment en médecine spécialisée, utilisent peu les services de prévention et de promotion de la santé (entre autres le dépistage du cancer du sein) et doivent entreprendre plus de démarches administratives, entre autres, pour garantir le paiement de leurs frais médicaux (comme faire une demande pour une carte médicale auprès d'un CPAS) (Anson, 2001; Chaoui Mezabi & Casman, 2009; Demarest, 2014a, 2014c; Institut National d'Assurance Maladie Invalidité & Médecins du Monde Belgique, 2014; Roberfroid et al., 2015; Tafforeau, 2014a, 2014c).

Navigation en eaux troubles : fragmentation du système

Le cumul des facteurs d'exclusion nécessite des prises en charge complexes, alliant à la fois le secteur de la santé et celui du social (Bauer, 2014; Hankivsky et al., 2014; Institut National d'Assurance Maladie Invalidité & Médecins du Monde Belgique, 2014; Ndumbe-Eyoh & Moffatt, 2013). La vulnérabilité des patients peut limiter, voire empêcher leur capacité à s'orienter entre les différents services sanitaires et sociaux et à identifier l'aide appropriée à leurs besoins (Geeraert & Rivollier, 2014; Gibson, Ghosh, Morano, & Altice, 2014; Hanssens, Devisch, Lobbestael, Cottenie, & Willems, 2016; Huynh, Henry, & Dosani, 2015).

Les personnes précarisées sont plus souvent accompagnées de façon discontinue, sans perspective longitudinale (Bachrach, 1981; Institut National d'Assurance Maladie Invalidité & Médecins du Monde Belgique, 2014; Loignon et al., 2015). Malgré une prise de conscience des acteurs, le fossé entre les services sociaux et les structures de soins demeure et contribue à la fragmentation de la prise en charge (Nicaise et al., 2013). Les personnes précarisées se trouvent souvent à l'intersection de différents services qui s'inscrivent chacun dans leur propre temporalité mais qui ne correspondent pas toujours à la temporalité du patient et de ses besoins. La discontinuité dans la prise en charge se traduit également dans la discontinuité entre les intervenants se succédant auprès de la personne, empêchant la construction d'une relation de confiance entre le patient et un intervenant de référence.

La dimension personnelle et individuelle de la prise en charge s'efface pour laisser place à des traitements standardisés dans lesquels les droits des personnes précarisées en tant que patients tendent à occuper une place marginale (Bachrach, 1981). En essayant de faire rentrer les patients précarisés dans les parcours de soins ou les itinéraires cliniques, les prestataires négligent d'inclure l'individualité dans le soin, y compris les aspects sociaux (Forichon, 2005). De plus, le patient précarisé est plus à risque de voir ses droits en tant que patient limités voire empêchés (Sana, 2007; Warnotte, 2012).

La continuité des soins repose également sur la communication adéquate entre le patient et son prestataire. L'illettrisme voire l'analphabétisme, la mauvaise maîtrise de la langue du pays hôte, le manque de connaissances en « health literacy », la méfiance face aux services de santé, les différences de culture, l'absence d'adresse fixe ou de moyens pour contacter le patient, les démarches administratives supplémentaires constituent autant de barrières empêchant une communication adéquate entre les personnes précarisées et les prestataires (Canavan et al., 2012; Mirza et al., 2014; Ohtani, Suzuki, Takeuchi, & Uchida, 2015; Priebe et al., 2013; Roberfroid et al., 2015; Scheppers, van Dongen, Dekker, Geertzen, & Dekker, 2006; Strassmayr et al., 2012).

Cette continuité des soins est d'autant plus difficile à mettre en place dans un contexte de désinstitutionalisation et de réforme des services de santé, notamment dans la première ligne et la santé mentale (Chambre des représentants de Belgique, 2011; n.a., 2012; Nicaise et al., 2013). En effet, soit les personnes précarisées font des allers-retours permanents entre les différents services sociaux et de santé, sans qu'une réelle prise en charge soit mise en place, soit elles « disparaissent » dès leur sortie des services et sont prises en charge de manière erratique. En plus d'un transfert des soins des hôpitaux vers la première ligne, la désinstitutionalisation a envoyé des personnes précarisées souffrant de problèmes de santé, y compris de santé mentale, vers des structures dont le mandat n'est pas d'assurer la continuité des soins, comme les centres d'hébergement pour personnes sans-domicile fixe, et où le personnel manque des outils et des compétences nécessaires pour mettre en place cette continuité des soins. La discontinuité des prises en charge va renforcer les effets cumulatifs des facteurs d'exclusion sociale des personnes précarisées (Cameron, Lart, Bostock, & Coomber, 2013). En conséquence, le risque de marginalisation s'accroît et les problèmes vécus par le patient risquent de se chroniciser, avec des répercussions en termes de coûts directs et indirects pour la société (OCDE, 2011).

Paradoxe bruxellois et mille-feuille institutionnel

La problématique de la région bruxelloise est connue. Il n'agit pas tellement d'un problème d'offre de services au vu du nombre d'acteurs impliqués dans la santé et le social mais plutôt d'un manque de continuité des soins et de coordination dans les services et entre les services^{1,2}. De fait, en plus des problèmes cités précédemment, il existe une multiplicité d'opérateurs concernés par les patients précarisés. Les patients doivent naviguer entre différents services pour assurer une réponse adéquate à leurs besoins. La fragmentation entre les services de santé et les services sociaux a été mise en évidence dans l'enquête PROMO (Nicaise et al., 2013; Priebe et al., 2013). De plus, comme en témoignent les difficultés de mise en œuvre de la réforme article 107, la coordination entre les services psychiatriques hospitaliers et les services de santé mentale ambulatoires, et le secteur des soins de santé primaires reste délicate et difficile³.

L'articulation de différents niveaux de pouvoirs, allant du niveau fédéral au niveau communal, contribue également au risque de fragmentation des services. Les opérateurs (hôpitaux, services de santé mentale, maisons médicales, services sociaux, ...) ont chacun leurs propres objectifs (Gerken & Merkur, 2010b). De plus, les différents pouvoirs publics ont chacun une perspective bien spécifique sur la population et les patients. La temporalité et les objectifs des pouvoirs publics ne concordent pas toujours avec la temporalité et les objectifs des opérateurs de terrain. La vision des pouvoirs publics est souvent plus proche de celles des patients et englobe la vision des opérateurs sous sa tutelle, tandis que les opérateurs ont une vision plus limitée, centrée sur les activités du service, avec une conscience plus ou moins grande des activités des autres opérateurs (Gerken & Merkur, 2010b; Pearson, 2013).

Ce chevauchement des niveaux de pouvoir n'est pas sans conséquences sur l'autonomie des opérateurs au niveau des services. La multiplicité des opérateurs (associations, maisons médicales, services de santé mentale...) engendre de la confusion en termes de responsabilités et dans les missions des différents opérateurs. Le projet PROMO a mis en évidence le rôle de coordinateur de soins exercé par certains CPAS dans la prise en charge des patients précarisés, bien que ce rôle ne fasse pas partie explicitement des missions des CPAS (Nicaise et al., 2013; Priebe et al., 2013).

Un autre élément contribuant à la fragmentation en région bruxelloise est la différence de territorialité entre les pouvoirs publics et les opérateurs associatifs. Les associations, y compris les services de santé mentale, les réseaux de soins sont parfois à cheval sur plusieurs communes tandis que les CPAS ont leur action limitée au territoire communal. Certains patients se voient renvoyés d'une commune à l'autre pour des questions de conflits de territoire en matière d'attribution d'aide sociale (Roberfroid et al., 2015). De plus, certaines populations précarisées sont elles-mêmes extrêmement mobiles et peuvent avoir des difficultés à se fixer dans un territoire donné (Parker & Dykema, 2013).

¹ Sur son site Internet, le Centre de Documentation et de Coordination Sociales fait état de plus de 4000 associations actives sur le territoire des 19 communes de la région de Bruxelles-Capitale. <http://www.cdcs-cmdc.be/>

² Il existe bien sûr des lacunes en termes d'accueil pour certains types de publics fragilisés comme les personnes porteuses d'un handicap ou les jeunes adultes souffrant de problèmes de santé mentale.

³ Données des rapports intermédiaires non publiées.

Assurer la continuité des soins, un enjeu pour tous

Un des enjeux majeurs pour les intervenants autour des personnes précarisées est donc d'assurer la **continuité des soins**, entre deux épisodes de recours, au sein d'un même épisode de soins et en termes d'adaptabilité des services (Bachrach, 1981; Williams, Dennis, & Harris, 2011). Dans cette recherche, la continuité des soins est définie comme « *a process involving the orderly, uninterrupted movement of patients among the diverse elements of the service delivery system* » (Bachrach, 1981). Il existe plusieurs modèles organisationnels visant à l'amélioration de la continuité des soins (Reid, Haggerty, & McKendry, 2002). Le premier modèle est le **modèle de l'intégration**, dans lequel une seule structure propose les différents services et allie l'expertise sociale et l'expertise de santé, comme les maisons médicales, les *wijkgezondheidscentra* ou encore les centres de santé mentale (Cameron et al., 2013; S.R. de Bruin et al., 2012; Woltmann et al., 2012). Le modèle du Chronic Care est un des modèles développés pour soutenir le développement de soins intégrés, notamment pour des conditions chroniques comme les problèmes de santé mentale ou le diabète (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002a, 2002b). Ce modèle a largement inspiré la politique actuelle du SPF Santé Publique dans l'élaboration de son plan « Vers des soins intégrés » (L. Onkelinx, 2013; Paulus, Van den Heede, & Mertens, 2012; Service Public Fédéral Santé Publique, 2016). Le second modèle est le **modèle de la coordination** dans lequel une personne ou une entité rassemble les différents acteurs autour du patient et sert de plateforme collaborative, comme dans le cas des gestionnaires de cas ou des réseaux (Kumar & Klein, 2013; Vigod et al., 2013). Le dernier modèle est le **modèle du patient-coordonateur** appelé aussi « **linkage** » (Brennan, Browne, & Horgan, 2014; Williams et al., 2011). Dans ce type de modèle, le patient assure lui-même l'interface entre les différents acteurs qui gravitent autour de lui (Fuller et al., 2011). Chaque modèle nécessite un cadre institutionnel et opérationnel et comporte sa part d'avantages et d'inconvénients. Parmi les modèles opérationnels de continuité, citons notamment : le *shared care* (Aubin et al., 2012), le *stepped care* (Jaehne et al., 2012), le *collaborative care* (parfois utilisé comme synonyme de case-manager) (D'Amour, Goulet, Labadie, Martin-Rodriguez, & Pineault, 2008), *integrated care* (Leutz, 2009; W. N. Leutz, 1999), *case-manager*, *care-manager* ou *disease-manager* (Hickam et al., 2013), le *Chronic Care Model* (Bodenheimer et al., 2002a, 2002b) ou encore *comprehensive care* (S. R. de Bruin et al., 2012).

La continuité des soins s'articule sur différents niveaux : entre le patient et les intervenants, entre les intervenants au sein d'une même structure et entre des structures différentes, que ce soit au sein d'un même secteur (santé) ou entre secteurs. Ces différents niveaux interagissent entre eux afin d'assurer une continuité de soins de qualité. Haggerty (2003) suggère trois domaines pour la continuité des soins : managérial, informationnel et relationnel (Haggerty et al., 2003). La continuité managériale comprend la provision de services opportuns et complémentaires, incluant un plan de gestion partagé. La continuité informationnelle est l'utilisation d'informations sur les événements et circonstances antérieures afin de rendre les soins actuels appropriés à l'individu et sa condition actuelle (Reid et al., 2002). La continuité relationnelle réfère quant à elle à la relation thérapeutique suivie entre une personne et son/ses intervenants. L'accent est mis sur l'importance de créer un lien vers les soins à venir et non pas tant sur les liens entre les soins passés et actuels (Reid et al., 2002).

Le défi bruxellois de la continuité des soins et du social

Si les solutions sont connues, il reste néanmoins des inconnues quant à leur faisabilité en région bruxelloise. Le rapport du Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé sur les projets thérapeutiques a mis en évidence la difficulté de les implanter dans l'entièreté des services susceptibles de les utiliser (Leys, Antoine, De Jaegere, & Schmitz, 2011). De même, bien qu'elle vise à compenser les failles du système actuel d'organisation des soins de santé mentale, la réforme de l'article 107 connaît de nombreuses difficultés d'ancrage dans la région bruxelloise, avec une faible participation des services de santé mentale pourtant acteurs de première ligne (Thunus et al., 2012). En effet, s'il est possible d'assurer la continuité de certains services pour tout le monde, ou s'il est possible d'assurer la continuité de tous les services pour certaines personnes, il est impossible d'assurer la continuité de tous les services pour tout le monde (W. Leutz, 1999; Leutz, 2009). Concrètement, cela implique de se focaliser sur certains groupes de patients qui, cumulant une précarité socioéconomique avec un problème de santé chronique complexe (y compris de santé mentale), sont plus à risque de souffrir des effets négatifs de la fragmentation des services (Cameron et al., 2013; Service Public Fédéral Santé Publique, 2016).

Le second obstacle quant à la faisabilité est d'assumer qu'il existe un seul et unique modèle de continuité des soins et que différents modèles de continuité des soins ne peuvent coexister dans un même espace. Or, comme nous l'avons démontré, les différences de temporalité, de missions et d'objectifs, l'intervention de pouvoirs publics relevant de niveaux de compétences différentes, les sources variées de financement entre les opérateurs apparaissent comme autant d'obstacles à l'implantation d'un modèle unique de continuité de soins pour l'entièreté de la région bruxelloise. Enfin, les interventions visant à promouvoir la continuité des soins sont des interventions complexes à cause du nombre de composants et des ressources et des résultats impliqués. En effet, implanter des interventions soutenant la continuité des soins repose partiellement sur les comportements des professionnels de santé et des patients. Les caractéristiques des patients à la fois aux niveaux socioéconomiques et sanitaires sont également susceptibles d'influencer la nature et l'intensité des interventions. Assurer la continuité des soins implique donc différents composants, opérant à des niveaux différents (patients, professionnels de santé et services de santé). La continuité des soins est susceptible d'être influencée par le contexte local. En effet, assurer la continuité des soins au sein d'un service intra-hospitalier requiert d'autres interventions qu'assurer la continuité des soins entre deux services ambulatoires. La continuité des soins est susceptible de produire des résultats variés en termes de résultats de santé et de processus. En fait, les interventions supportant la continuité des soins manquent d'un trajet linéaire et défini entre les interventions et les résultats de santé. La continuité des soins implique différentes phases de changement et de boucles itératives, qui ajoutent à la nature complexe des interventions.

Les interventions soutenant les soins collaboratifs pour les problèmes de dépression et d'anxiété ont été significativement associées avec une amélioration des résultats d'anxiété et de dépression (Archer et al., 2012). Parmi les interventions visant à améliorer la gestion du diabète dans les services ambulatoires, les espaces communautaires ou les services de santé primaire, différents modèles ont été identifiés comme ayant des effets positifs sur les processus de soins mais leurs effets sur les résultats de santé des patients sont moins évidents (Renders et al., 2001).

Cependant, dans une récente revue Cochrane sur la continuité des soins dans le suivi des patients cancéreux, aucune différence significative n'a été trouvée entre les soins habituels et les interventions (Aubin et al., 2012). Les difficultés dans l'identification des données probantes sont dues essentiellement à l'hétérogénéité des interventions identifiées. Une autre revue Cochrane conclut qu'il n'y avait pas de preuve concluante pour suggérer que les soins collaboratifs étaient susceptibles d'améliorer les résultats de santé de personnes souffrant de schizophrénie ou d'autres troubles schizoïdes (Reilly et al., 2013). A nouveau l'hétérogénéité des études n'a pas permis de conclure sur l'efficacité de ce type de modèles. Les variations dans les formes de linkage pour les personnes souffrant d'assuétudes ont été considérées comme des barrières à l'identification des preuves de l'efficacité de ce type d'interventions (Hesse, Vanderplasschen, Rapp, Broekaert, & Fridell, 2007). Hayes et ses collaborateurs concluent de façon similaire concernant les interventions de collaboration entre les agents de santé locaux et les agences gouvernementales (Hayes, Mann, Morgan, Kelly, & Weightman, 2012).

Objectifs et questions de recherche

Ce projet visait à identifier les modalités de continuité des soins les plus adaptées à offrir une prise en charge aux personnes précarisées souffrant d'un problème de santé chronique, y incluant les problèmes de santé mentale, dans le contexte de la région bruxelloise. Ce projet s'est articulé autour de 4 objectifs principaux :

Objectif général

- Identifier des modalités de continuité des soins pour des personnes précarisées souffrant d'un problème de santé chronique, transférables dans le contexte de la région bruxelloise.

Objectifs opérationnels

- Identifier, à travers une revue de littérature internationale, les différents dispositifs de continuité de soins convenant aux patients précarisés et identifier les dispositifs les plus adaptés au contexte bruxellois.
- Décrire les modalités de continuité des soins existantes actuellement en région bruxelloise et les conditions d'implémentation de ces modalités de continuité des soins.
- Identifier les modalités favorisant la continuité des soins du point de vue des bénéficiaires au travers d'une enquête qualitative
- Identifier les modalités de continuité des soins les plus adaptées au contexte bruxellois en soumettant les parties prenantes (y compris les bénéficiaires) à une enquête présentant différents scénarios, basés sur les résultats des objectifs 1 et 2.

Hypothèse générale

La continuité des soins et du social est réalisable pour un petit nombre de personnes avec une problématique complexe alliant problématique sociale et problème de santé chronique.

Questions de recherche

1. Quelles sont les solutions prioritaires et efficaces permettant d'augmenter la continuité des soins pour les publics précarisés souffrant d'un problème de santé chronique en région de Bruxelles-Capitale au niveau régional ?
2. Quels sont les déterminants de ces solutions prioritaires ?
3. Quelles sont les solutions prioritaires et efficaces permettant d'augmenter la continuité des soins pour les publics précarisés souffrant d'un problème de santé chronique en région de Bruxelles-Capitale au niveau régional ?

CADRE THEORIQUE : Continuité des soins et populations précarisées

Continuité des soins

Bachrach (1981) identifie 7 dimensions de la continuité des soins (**Encadré 1**). Chacune de ces dimensions peut être déployée à travers un set spécifique d'interventions (Bachrach, 1981). Certaines interventions peuvent influencer différentes dimensions. Investiguer les 7 dimensions nécessite des ressources temporelles et financières qui ne sont pas disponibles. Par conséquent, deux réunions d'experts ont été organisées pour affiner le champ de la revue et pour se focaliser sur les dimensions prioritaires dans le contexte du projet de recherche.

Encadré 1 : Définition et dimensions de la continuité des soins

(Bachrach, 1981; Gold, 1998)

A process involving the orderly, uninterrupted movement of patients among the diverse elements of the service delivery system

Patient-centred dimensions of continuity of patient care

1. Temporality: continuity of patient care is longitudinal, beginning from the very first contact of the patient with the health professional or the health service. It ensures that the episodes of care of the patients are consecutive and connected.
2. Individuality: patient receives care which matches his unique needs. Continuity of patient care is patient-oriented / patient-centred.
3. Relationship: this dimension implies that the patient has the opportunity to have a referent person within the service. Emphasis is put on closeness and familiarity.

Structural dimensions of continuity of patient care

1. Comprehensiveness: Comprehensiveness refers to the cross-sectional dimension of the continuity of patient care. Patients may need a variety of services; each of these services has his own organisation. Consequently, comprehensiveness ensures the flow of the services and promotes interdisciplinary collaboration.
2. Flexibility: Services should adapt their flows to the progress (or failures) of the patients, allowing them to move back and forth.
3. Accessibility: The institute of medicine defines access as "the timely use of personal health services to achieve the best possible health outcomes". Accessibility involves structural, financial and personal aspects. In order to ensure continuity of patient care, health services should ensure that all these aspects of accessibility are addressed (Millman, 1993).
4. Communication: communication should be adequate between all actors involved in the care of the patients, but also between these actors and the patient and his relatives.

A l'issue de ces deux réunions, les experts ont discuté la continuité des soins sur base de l'analyse conceptuelle de Bachrach. Deux niveaux de continuité des soins ont été distingués par les experts. Le premier niveau concerne le patient et inclut les dimensions temporelles, relationnelles et individuelles. Au niveau du patient, la continuité des soins est considérée comme un résultat plutôt que comme un processus. Dans la littérature, pour le niveau patient, les recherches sont consacrées essentiellement aux mesures de la continuité des soins (Reid et al., 2002).

Le deuxième niveau de continuité concerne les aspects structurels, impliquant les dimensions de globalité, flexibilité, accessibilité et communication, et est perçu comme un processus. Dans ce niveau, la recherche se focalisera sur les mécanismes et les conditions susceptibles d'influencer les résultats du patient (Haggerty et al., 2003; Reid et al., 2002) . Les experts ont également discuté des théories de programme sous-jacentes pouvant servir à l'explication des mécanismes de continuité de soins.

Suite aux deux réunions, le champ de la revue est limité aux aspects structurels de la continuité des soins.

Profils de morbidité et de risque social des groupes-cibles

Les trois groupes-cibles du projet sont les personnes en séjour irrégulier, les personnes sans-abri et les personnes en situation de précarité socioéconomique.

Personnes sans-abri

La typologie européenne ETHOS définit une personne sans-abris comme une « *personne vivant dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme un local d'habitation ; une personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix* ». En Belgique, l'Etat fédéral définit les personnes sans-abris comme « *toute personne qui ne dispose pas de son logement, qui n'est pas en mesure de l'obtenir par ses propres moyens et qui n'a dès lors pas de lieu de résidence, ou qui réside temporairement dans une maison d'accueil en attendant qu'un logement soit mis à sa disposition ; la personne qui réside de façon permanente de loisir et de plein air ou en camping-caravaning parce qu'elle n'était pas en mesure de disposer d'un autre logement* ⁴ ». Si la région wallonne définit les personnes sans-abris dans ses politiques d'aide au logement, la région bruxelloise ne semble pas à ce jour avoir défini les personnes considérées comme « sans-abri » au sens de la loi.⁵

Dans le cadre de ce projet, une personne sans-abri est définie, selon les termes de la typologie ETHOS, comme :

- Les personnes vivant dans la rue : stations de métro Gare Centrale, Gare du Midi, Porte de Namur, cœur du Pentagone
- Les personnes en hébergement d'urgence : SAMU Social, Pierre d'Angle
- Les personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans-domicile : Home Baudouin, Les Petits Riens, la Maison Verte
- Les personnes sortant d'institutions (sans logement disponible / identifié à leur sortie) : institutions pénales, médicales ou pour enfants

⁴ AR du 21 septembre 2004

⁵ La Région Wallonne définit une personne sans-abri de trois manières : 1) soit la personne qui, pendant les trois mois précédant la prise en location d'un logement salubre, n'a joui d'aucun droit, réel ou personnel, lui assurant l'occupation d'un logement, ni n'a, sauf à titre exceptionnel ou temporaire, été hébergée par des personnes ou des institutions; 2) soit la personne qui, à la veille de la prise en location d'un logement salubre, ne jouissait d'aucun droit, réel ou personnel, lui assurant l'occupation d'un logement et était hébergée pour des raisons psychiques, médicales ou sociales par une institution; 3) soit la personne qui, pendant les douze mois précédant la prise en location d'un logement salubre, occupait une résidence de vacance située dans une zone de loisirs.

- Les bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme : personnes en logement suivies par les Infirmières de Rue

Sont exclues les personnes appartenant aux catégories « logement précaire » ou « logement inadéquat » de la typologie ETHOS (FEANTSA, 2007).

Personnes en séjour irrégulier

Le Moniteur Belge définit un **séjour illégal** comme *la présence sur le territoire d'un étranger qui ne remplit pas ou ne remplit plus les conditions d'accès au territoire ou de séjour*⁶. Plus précisément, CLANDESTINO définit une personne en séjour irrégulier ou « sans-papiers » comme des « *residents without any legal resident status in the country they are residing in, and those whose presence in the territory – if detected – may be subject to termination through an order to leave and/or an expulsion order because of their status* » (CLANDESTINO, 2009).

Dans le cadre de ce projet, une personne en séjour irrégulier est définie comme une personne ne disposant pas d'un titre de séjour l'autorisant à résider de façon permanente ou temporaire sur le territoire belge.

Personnes en grande précarité

Le bureau fédéral du Plan définit les personnes en précarité socioéconomique *comme les personnes se trouvant dans l'incapacité de couvrir les dépenses liées à au moins 3 des éléments suivants: dépenses imprévues, manger un repas protéiné tous les deux jours, chauffer convenablement son habitation, partir en vacances une semaine par an, avoir une voiture (si désirée), avoir une télévision (si désirée), avoir un téléphone (si désiré), avoir une machine à laver (si désirée), paiement du loyer, d'un emprunt hypothécaire ou des factures d'eau/gaz/électricité.*

Une autre approche consiste à définir les personnes en grande précarité en fonction de leur statut de logement, à savoir les personnes dans les catégories « logement précaire » ou « logement inadéquat » de la typologie ETHOS (FEANTSA, 2007).

Une troisième approche définit les personnes en précarité socioéconomique comme les personnes vivant avec des dettes liées à la vie quotidienne et non à la consommation, c'est-à-dire des dettes en matière de gaz/eau/électricité, de soins de santé ou de paiement de loyer.

Le risque de se trouver dans une situation de pauvreté est majorée par différentes caractéristiques individuelles : être de nationalité étrangère, être une femme, être isolé ou dans une famille monoparentale, avoir un niveau d'éducation équivalent ou inférieur au secondaire inférieur, une durée de chômage de deux ans ou plus (Observatoire de la Santé et du Social, 2014; Schokaert, Morissens, Cincinnato, & Nicaise, 2012).

⁶ Moniteur Belge. Loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Ministère des Affaires Etrangères.

Affections chroniques

L'enquête nationale de santé par interview (HIS) recommande l'utilisation du terme « affections chroniques » afin de prendre compte des facteurs de risque qui, sans être des maladies au sens strict, ont des caractéristiques de chronicité (hypertension, hypercholestérolémie) (Van der Heyden, 2014b).

Les affections chroniques sont définies comme des maladies présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : elles sont permanentes, elles laissent une invalidité résiduelle, elles sont causées par une altération pathologique irréversible, elles nécessitent une éducation spéciale du patient pour sa réhabilitation ou peuvent donner lieu à une longue période de supervision, d'observation ou de soins.

Si l'OMS utilise le terme de maladies non-transmissibles, le SPF Santé Publique inclut dans les affections chroniques des affections comme le HIV, pathologie infectieuse et transmissible mais dont les caractéristiques correspondent aux critères des affections chroniques. Dans le plan « Priorité aux malades chroniques », il a été proposé d'inclure les maladies rares et orphelines sous la coupole des affections chroniques (L Onkelinx, 2008).

Il est également à noter que les affections chroniques peuvent se combiner et donc augmenter la complexité des prises en charge (Van der Heyden, 2014b). L' HIS reprend 25 affections chroniques pour établir le profil de comorbidité : asthme, maladies respiratoires obstructives chroniques, maladies cardiaques, hypertension, accident vasculaire cérébral (ou ses conséquences), arthrite/arthrose, diabète, allergie, ulcère de l'estomac, troubles digestifs chroniques, troubles hépatiques, calculs vésiculaires/inflammation de la vésicule biliaire, cancer, céphalée sérieuse, dépression, troubles thyroïdiens, glaucome, cataracte, maladie de Parkinson, épilepsie, troubles rénaux sérieux/calculs rénaux, cystite chronique, fatigue chronique, ostéoporose, maladie sérieuse de la peau. En moyenne, les Bruxellois souffrent de deux affections chroniques concomitantes (Van der Heyden, 2014b).

En parcourant la littérature relative à la continuité des soins, peu d'articles spécifiques aux trois groupes-cibles ont été identifiés. En effet, la continuité des soins se déploie essentiellement par rapport à un problème de santé, comme un problème de santé mentale, ou à un facteur de risque plutôt que par rapport à un profil de risque en santé et en social. Par conséquent, dans la revue de littérature, les profils de morbidité et de comorbidité associés aux profils de risques sociaux ont été dressés pour chacun des groupes-cibles du projet. Cet exercice a eu pour but de guider le choix des questions libres aux parties prenantes et l'élaboration des scénarios.

La **table 1** présente, pour chacun des groupes-cibles du projet CAPP, les profils de comorbidité et de risques sociaux (voir **table 1**).

Table 1 : Profils de comorbidité et de risques sociaux des trois groupes-cibles identifiés au travers de la revue de littérature réaliste sur les modalités de continuité de soins et du social pour les publics précarisés souffrant d'une affection chronique

	Personnes sans-abri	Personne en séjour irrégulier	Personnes en précarité socioéconomique
• <i>Problématiques sociales les plus fréquentes</i>	Absence de logement	Absence de couverture sociale	Absence d'emploi / surendettement
• <i>Comorbidités les plus fréquentes en termes d'affections chroniques⁷ et de risques de santé</i>	Broncho-pneumopathie chronique obstructive Assuétudes (tabagisme et alcool)	Santé sexuelle et reproductive Santé mentale (de type syndrome de stress post-traumatique)	Pathologies ostéo-articulaires (mal de dos), dépression, tabagisme
• <i>Couverture de santé</i>	Assurance maladie-invalidité (via ou non le CPAS)	Procédure d'aide médicale urgente	Assurance maladie-invalidité (avec ou sans régimes préférentiels)
• <i>Taux de risque de pauvreté</i>	70%	90%	32.5%
• <i>Profils les plus à risque</i>	Hommes âgés (vieillesse précoce) Femmes	Femmes enceintes Enfants Femmes	Famille monoparentale Personne isolée
• <i>Facteurs aggravants</i>	Assuétudes	Faible niveau d'éducation Absence de réseau social	Nationalité étrangère Faible niveau d'éducation

⁷ Dans ce projet, les affections chroniques sont définies comme un problème de santé existant depuis au moins 3 mois, impactant la vie quotidienne de la personne atteinte et nécessitant une prise en charge tout au long de la vie.

METHODOLOGIE⁸

Le projet CAPP constitue la partie empirique de notre projet de recherche et vise à identifier les modalités de continuité des soins et du social les plus adaptées au contexte bruxellois. La partie empirique du projet de recherche repose sur une enquête de parties prenantes (Guest, 2013; Lopez et al., 2013), en vue de contribuer à la prise de décisions (Paul Yoon & Ching-Lai Hwang, 1995). Dans la suite du texte, les utilisateurs des services/patients/usagers/clients sont désignés sous le terme de « bénéficiaires ». Les professionnels de santé, les membres des groupes d'intérêt et les acteurs des pouvoirs publics sont désignés sous le terme de « professionnels ».

Lieu d'enquête et participants

Population-cible et échantillonnage

La population-cible regroupe les bénéficiaires et les intervenants. Les **bénéficiaires** sont les personnes appartenant aux trois groupes considérés comme les plus vulnérables en raison du cumul des facteurs d'exclusion sociale et de problèmes de santé chronique : personnes sans-domicile fixe, personnes en séjour irrégulier (désignation consensuelle au niveau européen des personnes sans titre de séjour légal⁹) et personnes avec un faible niveau socio-économique (bénéficiaires des revenus d'intégration – RIS et ERIS). Les **professionnels** sont les pouvoirs publics (région de Bruxelles-Capitale, commissions communautaires, communes), les groupes d'intérêt (associations de patients ou de représentations des patients, réseaux de santé mentale, représentants des professions de santé, associations et plateformes de coordination en santé ou dans le domaine social pour les publics précarisés...), les intervenants de santé et les intervenants sociaux actifs en région de Bruxelles-Capitale.

L'échantillonnage a été constitué a priori et de façon raisonnée. L'échantillonnage était non-aléatoire et a été adapté en fonction du groupe-cible concerné. Dans le cadre d'une enquête de parties prenantes, l'enjeu est d'identifier le dénominateur. En effet, si nous disposons de données partielles sur les bénéficiaires, il était impossible de savoir exactement combien d'intervenants sont actifs dans le domaine identifié. En obtenant le maximum d'informations avant le lancement de l'enquête, il était possible d'identifier qui sont (globalement) les non-répondants. Si nécessaire, le dispositif incluait la possibilité de recontacter les non-répondants par téléphone pour un entretien en face à face.

⁸ Tous les instruments développés dans l'enquête sont disponibles sur demande auprès des auteurs de l'étude.

⁹ Définition reprise dans les travaux du groupe CLANDESTINO (CLANDESTINO, 2009)

Bénéficiaires

Concernant les bénéficiaires, le dénominateur a été estimé via différentes sources de données en fonction des groupes-cibles. Pour les personnes sans-abri, la population totale en région de Bruxelles-Capitale est d'environ 2600 personnes (La Strada, 2011), bien que ce chiffre soit probablement en-dessous de la réalité.

Pour les personnes en séjour irrégulier, les données sont quasi inexistantes, si ce n'est les chiffres de la vague de régularisation des années 2000 ou ceux relatifs aux arrestations en vue d'une expulsion. On estime à environ 10% la part de migration irrégulière dans la proportion totale de la migration régulière, ce qui représenterait 100 000 personnes à 110 000 personnes sur l'entière du territoire belge (CLANDESTINO, 2009; Van Meeteren, 2014). Un récent rapport du KCE rapporte qu'entre 85 000 et 110 000 personnes seraient sans titre de séjour légal (Roberfroid et al., 2015).

Les personnes à risque de pauvreté représentent environ un tiers de la population de la région de Bruxelles-Capitale (Observatoire de la Santé et du Social, 2014; Schokaert et al., 2012), soit environ 378 113 personnes.

Chaque groupe de bénéficiaires dans l'enquête devait contenir au minimum 30 personnes, l'objectif étant d'assurer un maximum de diversité de situations au sein de l'échantillon des bénéficiaires plutôt que de viser à la représentativité (Lorant, Geerts, et al., 2008). L'échantillon total de bénéficiaires était donc de 90 personnes.

La première procédure de recrutement concernait les bénéficiaires. Afin d'avoir un panel suffisamment diversifié et hétérogène en termes de situations sociales et sanitaires, nous avons identifié des associations et services pouvant servir d'intermédiaires afin d'entrer en contact avec les bénéficiaires. Les lieux ont été identifiés sur base des critères suivants :

- Être situé dans une des 19 communes de Bruxelles
- Accueillir un public précarisé (soit spécifique, soit générique)
- Donner son consentement à la présence des chercheurs
- Mettre un espace à disposition des chercheurs pour que les bénéficiaires puissent être installés confortablement pour participer à l'enquête
- Permettre aux bénéficiaires de rester la journée / la soirée
- Autoriser les chercheurs à venir minimum deux fois

Douze services ont été contactés : 3 services spécifiques pour personnes sans-domicile fixe, un service spécialisé en accompagnement de personnes toxicomanes, 4 maisons médicales, 2 services spécifiques pour personnes sans titre de séjour (santé et social) et deux services sociaux. Un service pour sans-abri a décliné la participation à cause d'une charge de travail trop importante. Un autre service a accepté dans un premier temps mais n'a plus donné de suite. Quatre sur 5 maisons médicales ont accepté, un autre centre de santé a été contacté pour remplacer la maison médicale non participante. Les deux services sociaux n'ont pas donné suite à notre demande.

CAPP Continuité de l'Aide pour les Publics Précarisés

Un service de santé spécifique nous a proposé plusieurs lieux de collecte de données. Les services sont localisés sur les communes de Bruxelles-Ville, Molenbeek-Saint-jean, Forest, et Saint-Josse-ten-Noode.

Les conditions d'inclusion des bénéficiaires sont :

- Être majeur (18 ans et + - pas de limite à l'âge supérieur),
- Être capable de donner son consentement éclairé (pas de déficit cognitif, pas de personnes sous tutelle ou en incapacité),
- S'exprimer en français, néerlandais ou anglais.

Bien que ce projet vise les personnes cumulant une affection chronique avec une précarité sociale, nous n'avons pas limité notre échantillon aux personnes souffrant d'une affection chronique afin de maximiser la diversité de l'échantillon. Le questionnaire évaluait l'état de santé subjective et la présence éventuelle d'une affection chronique. En effectuant un dépouillement au fur et à mesure, il était possible d'ajuster le recrutement s'il s'avérait que l'échantillon comprenait uniquement des personnes sans affection chronique. Aucun ajustement n'a été nécessaire.

Les bénéficiaires ont été soit recrutés par des professionnels du service (=gatekeepers), soit les chercheurs se sont rendus dans les services durant les heures d'ouverture et proposaient aux personnes présentes de participer. Une fois les bénéficiaires identifiés par les *gatekeepers*, ces derniers étaient invités à avertir les bénéficiaires de l'enquête. Si les bénéficiaires disposaient d'un numéro de téléphone, les *gatekeepers* leur demandaient l'autorisation de le communiquer aux chercheurs. Les chercheurs prenaient ensuite directement rendez-vous avec les bénéficiaires pour l'administration des questionnaires. Dans les services où les bénéficiaires n'avaient pas de téléphone ou étaient difficilement accessibles par ce biais, une fois les participants avertis par les *gatekeepers*, les chercheurs se rendaient dans les services. La rencontre se faisait directement avec les bénéficiaires afin prendre rendez-vous pour la passation des questionnaires. Au moment de la rencontre, un descriptif du projet était remis ainsi que le formulaire de consentement éclairé.

Professionnels

Concernant les professionnels, la sélection s'est effectuée sur les critères suivants : avoir son champ d'activité principal en région de Bruxelles-Capitale, être expert dans les questions sociales ou sanitaires en région de Bruxelles-Capitale OU avoir une activité professionnelle directement liée aux domaines sanitaires et/ou sociaux, (dans le cas des groupes d'intérêt et des pouvoirs publics) avoir un pouvoir décisionnel (au niveau d'une institution, d'une commune, de la région ou de la communauté) et donner son consentement éclairé à la recherche.

La base de données des professionnels a été constituée à partir des adresses et coordonnées reprises sur le site du Guide Social, les bases de données personnelles des membres de l'équipe de recherche et les sites des différentes institutions et services publics de la région de Bruxelles-Capitale. Tous les professionnels ont été contactés par email personnalisé, dans la mesure du possible, un descriptif du projet était joint à l'email afin de les avertir de l'existence de l'enquête.

CAPP Continuité de l'Aide pour les Publics Précarisés

Une semaine après l'envoi de l'email, les professionnels ont reçu le lien vers la plateforme en ligne où se trouvait le questionnaire à compléter. Si les professionnels le souhaitaient, un rendez-vous pouvait être pris pour une administration du questionnaire en face-à-face.

Concernant les pouvoirs publics, 20 personnes, considérées comme des acteurs-clés, ont été sélectionnées et ont été contactées personnellement par courrier postal. Le courrier postal était accompagné d'une description du projet et d'un formulaire de réponse où la personne pouvait communiquer ses disponibilités. Sans réponse, une prise de contact téléphonique a été organisée afin de solliciter un rendez-vous.

Les professionnels ont été classés en 4 groupes-cibles :

- Pouvoirs publics : échevins, présidents des CPAS/OCMW, parlementaires portant les questions de santé et social, intervenants de la Cocof, Cocom et VRGT
- Groupes d'intérêts : organisations non-gouvernementales, groupes de pression et associations représentant les droits et intérêts des bénéficiaires, mutuelles, ...
- Intervenants sociaux : services génériques et services spécialisés (service d'accompagnement pour personnes sans-abri)
- Intervenants sanitaires : santé générale et santé spécialisée (santé mentale par exemple)

La base de données reprenant l'entièreté des intervenants a été soumise à des experts afin d'en assurer la représentativité et d'identifier des collaborations existantes pour augmenter les chances de participation. Sur base des expériences antérieures avec des enquêtes de parties prenantes, chaque groupe d'intervenants a été constitué de minimum 30 intervenants, soit un total de 120 intervenants, avec, pour les pouvoirs publics, un objectif de représentativité des 19 communes. La taille minimale de 30 personnes par groupe avait pour objectif de pouvoir comparer les données entre les différents groupes avec une puissance statistique suffisante (Howell, 2006). A la fin de chaque entretien/questionnaire, il a été demandé aux participants de citer d'autres personnes qui pourraient participer à l'enquête (approche par *snowballing*) en vue d'élargir l'échantillon.

Instruments de collecte des données

Module sociodémographique, y compris l'expérience de continuité de services

Dans une première version du questionnaire, le module sociodémographique était placé en tête de questionnaire pour les bénéficiaires et en fin de questionnaire pour les intervenants. Pour les bénéficiaires, ce choix s'explique par la volonté de mettre les personnes à l'aise et de créer une relation avec le répondant, surtout si l'administration du questionnaire se fait en face à face. Si la personne n'est pas à l'aise, l'enquêteur peut passer aux questions suivantes et revenir en arrière. Après un premier test du questionnaire, il a été décidé d'avoir deux versions pour les bénéficiaires : une version face-à-face et une version auto-administration dont l'ordre des questions serait modifié pour maximiser la participation.

Dans le questionnaire « bénéficiaires », un module « santé » permet de décrire l'état de santé, la santé subjective et l'éventuelle présence d'une maladie chronique (Van der Heyden, 2014b). Ce

module est basé sur les questions de l'enquête nationale de santé par interview (Van der Heyden, 2014b). Un second module évalue la qualité de vie, à nouveau sur base des questions de l'enquête nationale de santé par interview (Demarest et al., 2008; Van der Heyden, 2014b).

Dans la première version du questionnaire, le troisième module, propre au questionnaire « bénéficiaires », investiguait la continuité des soins telle que perçue par le répondant. Ce module est basé sur le questionnaire de « Client Perceptions of Coordination Questionnaire » (McGuinness & Sibthorpe, 2003). La version originale du questionnaire (en anglais) comprend 25 items organisés autour de 3 grandes sections : soins en général, relation avec le médecin généraliste et relation avec le professionnel de référence. La consistance interne est élevée (Cronbach's alpha 0.92). Une demande d'utilisation et de traduction du questionnaire avait été envoyée aux auteurs. Après un premier test, ce module a été supprimé et remplacé par un module sur l'expérience dans les services de santé et dans les services sociaux, module repris de l'enquête nationale de santé par interview. Ce module inclut à la fois l'expérience de soins avec le médecin généraliste et les barrières possibles lorsqu'il s'agit d'accéder aux soins. Cependant, le module « Expérience de soins avec le médecin généraliste » s'éloignant de l'objectif de mesure de la continuité de soins dans les services de santé et dans les services sociaux, il a été remplacé par une sélection de questions sur l'expérience générale de continuité dans les services, sur base de l'échelle Alberta (Van der Heyden, 2014b). Vingt-quatre questions sur les 31 ont été retenues. Les prétests ont amené à la suppression de la plupart des questions de ces modules afin d'alléger les questionnaires et de privilégier l'aspect « Solutions ».

Module expérimental sur les préférences en termes de solutions face à une situation donnée

La section sur les préférences soumet une vignette expérimentale – attribuée de façon aléatoire - au répondant qui doit choisir une solution qui correspond à un des trois modèles de continuité des soins et du social (linkage, coordination, intégration) (Lepiece, Reynaert, van Meerbeeck, & Lorant, 2014). Les options et les solutions sont identiques d'une vignette à l'autre, la composante expérimentale est liée aux caractéristiques des personnes (présence ou non d'une mutuelle, d'un logement, d'une comorbidité psychiatrique) (Schulman et al., 1999). Sur base de la vignette clinique reçue, les participants ont donc dû choisir une seule solution parmi les trois solutions proposées (solution d'intégration, de coordination ou de linkage) dans chaque dimension de la continuité des soins et du social (flexibilité, accessibilité, globalité, communication). (Bachrach, 1981).

Par défaut, la maladie chronique est toujours présente dans la vignette expérimentale. La maladie chronique est choisie en fonction des critères suivants : sévérité, stabilité, durée, degré d'urgence, étendue des services, orientation (Uijen et al., 2012). En nous basant sur la prévalence des affections chroniques dans la population précarisée, nous avons choisi la bronchite chronique obstructive – BPCO- (Demarest et al., 2008; Fazel et al., 2014; Martens, 2001). Après le prétest, il a été décidé de modifier le diagnostic de BPCO pour le remplacer par le diabète de type 2. En effet, les intervenants sociaux qui ont été le questionnaire n'ont pas tous compris la nature de la bronchite chronique obstructive. Bien que le diabète de type 2 ait une prévalence moindre comparé au BPCO, le diabète de type 2 est un problème de santé chronique, impliquant une prise en charge interdisciplinaire (Bodenheimer et al., 2002a; Dauvrin, Lorant, & d'Hoore, 2015).

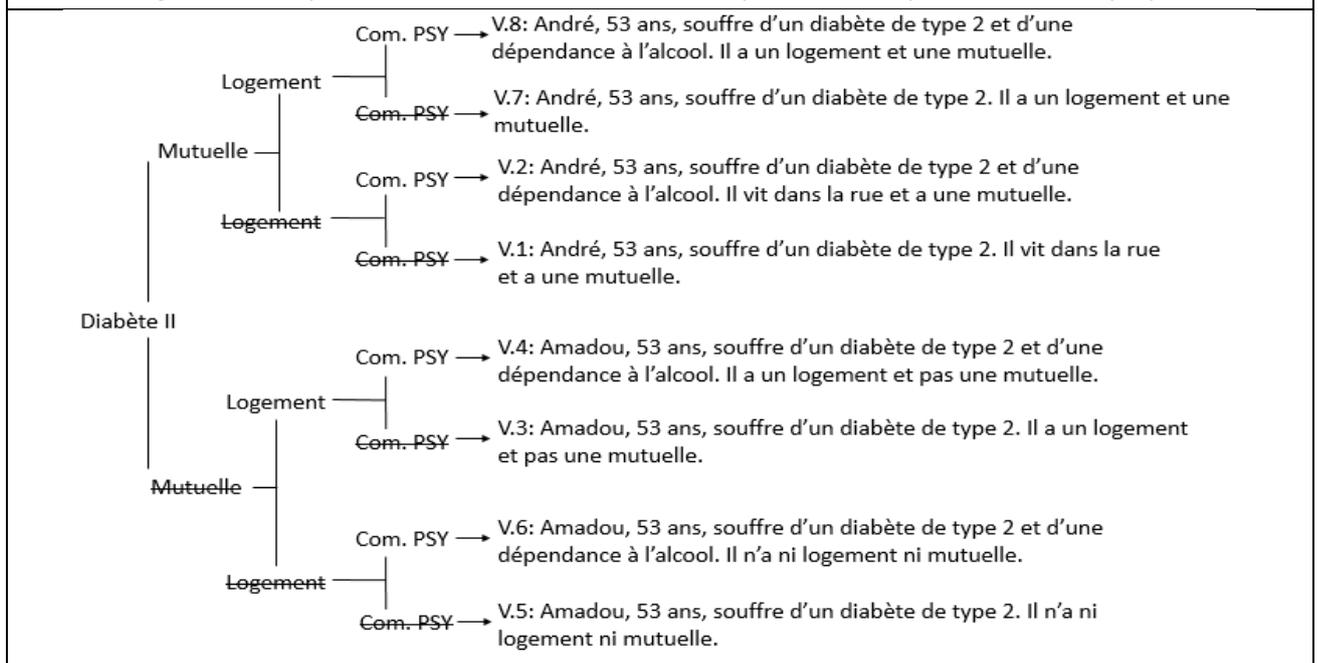
De plus, la revue de littérature de Ricci et collègues (2010) a mis en évidence l'existence d'inégalités sociales de santé dans la prévention, le diagnostic, le traitement, le contrôle et le suivi du diabète de type 2 (Ricci-Cabello, Ruiz-Pérez, Olry de Labry, & Márquez-Calderón, 2010).

Pour créer le contenu des vignettes expérimentales, nous avons utilisé un arbre décisionnel reposant sur trois niveaux : 1) présence d'une mutuelle (couverture d'assurance, fortement liée au statut de séjour en Belgique), 2) présence d'un logement, 3) présence d'une comorbidité psychiatrique.

Chaque niveau était présenté sous forme d'un choix dichotomique (oui / non). Les niveaux sont hiérarchisés : la présence ou l'absence d'une mutuelle va déterminer à la fois le parcours santé et le parcours social (nécessité d'ouvrir ses droits à l'aide médicale urgente, procédures administratives indissociables de la présence d'une maladie). La couverture de mutuelle détermine l'accès au système de soins et est liée, notamment, au statut de séjour de la personne en Belgique et à sa nationalité. Le logement est le second niveau, il se situe au niveau de la vulnérabilité et de l'exposition différentielle). La comorbidité psychiatrique est un facteur individuel pouvant impacter le niveau des conséquences différentielles : la comorbidité peut empêcher / limiter la réinsertion / la guérison de la personne au niveau de la société et donc impacter à son tour des facteurs de stratification sociale comme le revenu. La comorbidité psychiatrique peut également modifier la cohésion sociale ou le support social autour de la personne (Dahlgren & Whitehead, 2007; Whitehead, 2007; Whitehead & Dahlgren, 1991).

A la fin de l'arbre décisionnel, 8 scénarios émergeaient (voir **table 2**). Deux des scénarios correspondaient aux situations les plus favorables pour les bénéficiaires (avoir un logement, une mutuelle et pas de comorbidité psychiatrique ; avoir un logement, une mutuelle et une comorbidité psychiatrique). Ces deux scénarios constituaient les benchmarks en termes de situations favorables pour les bénéficiaires. Deux médecins généralistes indépendants ont validé le contenu des vignettes cliniques.

Table 2 : Vignettes cliniques utilisées dans le module sur les préférences, questionnaire du projet CAPP



Module sur les critères d'évaluation des politiques

Ce module s'adressait uniquement aux intervenants. Les intervenants devaient classer 5 critères d'évaluation des politiques par ordre d'importance lorsqu'il s'agit d'améliorer la continuité des services de santé et des services sociaux. Ces critères sont basés sur les dimensions de la continuité des soins de Bachrach (Bachrach, 1981) et sur les résultats d'études de parties prenantes antérieures (Lorant, Geerts, et al., 2008).

- **Accessibilité** : Ce critère porte sur l'efficacité de la politique à favoriser l'accessibilité des services de santé et des services sociaux pour les personnes sans-abris, les personnes sans-papiers et les personnes en situation de pauvreté. Il inclut l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, l'accessibilité administrative, l'accessibilité culturelle.
- **Circulation de l'information** : Ce critère porte sur la communication entre le bénéficiaire et les intervenants qui l'entourent mais également entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge du bénéficiaire, que ce soit au niveau social ou santé.
- **Coût de la politique pour la collectivité** : Ce critère porte sur les implications financières de la politique (à court ou à long terme), que ce soit l'économie qu'elle occasionne pour la collectivité (via la réduction des dépenses hospitalières) ou encore le bénéfice de cette politique sur l'état de santé de la population ou sur la qualité des soins.
- **Flexibilité** : Ce critère porte sur l'efficacité de la politique à 1) s'adapter à l'évolution des besoins et des demandes des bénéficiaires, 2) permettre aux bénéficiaires d'effectuer des allers-retours entre les services en fonction de leurs besoins et 3) permettre aux professionnels d'adapter leurs règles aux besoins de leurs bénéficiaires.
- **Globalité** : Ce critère porte sur la prise en compte par les professionnels de l'ensemble des besoins du bénéficiaire. Il inclut une approche centrée sur la personne, avec la délivrance de services de santé et de services sociaux. La globalité peut concerner l'action concertée de services de santé primaire, de santé mentale, de santé maternelle et infantile, de santé reproductive (planification familiale par exemple), d'aide juridique, d'aide sociale (logement & emploi par exemple).

Module sur les solutions politiques, organisationnelles et financières

Vingt-cinq solutions ont été identifiées sur base de la littérature scientifique et de la littérature grise (Bachrach, 1981). Les différents dispositifs existants en région de Bruxelles-Capitale ont été identifiés via la revue de la littérature grise et ont été intégré dans le développement de l'instrument de collecte des données de l'enquête de parties prenantes (voir **table 3**). La principale difficulté de ce type d'analyse est la multiplicité des sources et des lieux d'information pour cartographier les services.

Table 3 : Tableau récapitulatif des projets existants soutenant la continuité des soins et du social en Région de Bruxelles-Capitale par modèle de continuité

Projets existants en région de Bruxelles-Capitale	
Modèles de continuité des soins	
<i>Linkage</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Equipes mobiles (projet 107) • Medibus de Médecins du Monde et Dune • Dispensaires de la Croix-Rouge dans les centres d'accueil • Travailleurs de rue Dune, Diogènes • Maraude de Saint Josse • Infirmiers de Rue • Lits médicalisés au SAMU social (projet pilote) • Itinéraires cliniques
<i>Coordination</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Réseaux de soins • Plateforme de concertation • Coordinations sociales • Réseau multidisciplinaire de Bruxelles • Coordination de Soins et Services à domicile • Plateforme e-health • Dossier médical global • MediPrima
<i>Intégration</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Maisons médicales /wijkgezondheidscentra • Centres de santé mentale / services de santé mentale • Plannings familiaux • Consultations ONE et Kind&Gezin

Chaque solution a été classée sur base des trois modèles de continuité des soins dimensions (*linkage*, *coordination* et *intégration*), son domaine d'intervention, son niveau d'implémentation et son degré de spécificité.

Concernant les domaines d'intervention, ceux-ci incluent la gouvernance (6 solutions), l'organisation (10 solutions) et le financement (9 solutions). Les solutions de gouvernance visent à améliorer les aspects politiques de la continuité, les solutions organisationnelles se concentrent sur la provision de services et les solutions de financement concernent les mécanismes de financement des services de santé et du social.

Concernant le niveau d'implémentation, une solution peut être développée au niveau local ou au niveau macro (Bronfenbrenner, 1989). Dans le contexte de cette étude, le niveau local a été défini comme le niveau de gouvernance le plus bas dans la RBC : la commune (Gerken & Merkur, 2010a). Le niveau macro a été défini comme le niveau régional de gouvernance (Gerken & Merkur, 2010a).

Le degré de spécificité implique qu'une solution puisse être soit générique, soit spécifique. Les solutions génériques promeuvent l'équité horizontale : tous les individus reçoivent les mêmes services, indépendamment de leur statut socioéconomique ou sociodémographique.

CAPP Continuité de l'Aide pour les Publics Précarisés

Les solutions spécifiques incluent une intervention développée pour un groupe sous-défini dans laquelle des services sont fournis sur base de leur besoin (Bascans, Courbage, & Oros, 2016) .

Pour chaque solution, l'intervenant doit identifier son impact sur la continuité des soins et du social. Le répondant doit ensuite choisir, par catégorie de scénario, les trois scénarios prioritaires¹⁰ et le scénario à exclure. Le répondant peut ajouter un scénario supplémentaire si nécessaire.

La **table 4** présente les objectifs et caractéristiques des solutions de gouvernance, organisationnelles et financières visant à améliorer la continuité des soins et du social pour les publics précarisés en région de Bruxelles-Capitale.

¹⁰ Pour les scénarios politiques, seuls deux scénarios prioritaires sont à choisir.

Table 4 : Objectifs des solutions politiques, organisationnelles et financières visant à améliorer la continuité des soins et du social pour les publics précarisés en région de Bruxelles-Capitale, projet CAPP

	Objectifs de la solution	Modèle de continuité des soins	Niveau d'intervention	Degré de spécificité
Solutions de gouvernance				
Transférer toutes les compétences de santé et de social à la Commission Communautaire Commune (COCOM)	Réduction du nombre d'acteurs politiques Uniformisation des règles de subvention et d'agrément des services Développement d'une politique commune de la région de Bruxelles-capitale	Intégration	Régional	Générique
Unifier les 19 CPAS de la région de Bruxelles-Capitale	Uniformisation des règles de l'aide sociale Suppression des disparités communales Disparition de la fragmentation territoriale	Intégration	Local	Générique
Décentraliser les compétences santé et sociale aux communes	Développement de bassins de soins Augmentation et adaptation de l'offre aux besoins des populations sur une base locale Augmentation de la responsabilité des élus locaux	Intégration	Local	Générique
Avoir une procédure unique d'accès aux soins pour les publics précarisés en région de Bruxelles-Capitale	Uniformisation de l'accès aux soins Création d'une filière parallèle de soins	Coordination	Régional	Générique

Table 4 (suite) : Objectifs des solutions politiques, organisationnelles et financières visant à améliorer la continuité des soins et du social pour les publics précarisés en région de Bruxelles-Capitale, projet CAPP

Encourager les CPAS à devenir les pouvoirs organisateurs de services de santé (généraux ou spécialisés)	Diminution du nombre de pouvoirs organisateurs Réduction du nombre d'intermédiaires Amélioration de l'accessibilité pour les publics précarisés	Coordination	Local	Générique
Health in all policies		Linkage	Régional	Générique
Solutions organisationnelles				
Fusionner les maisons médicales avec les centres de santé mentale et, le cas échéant, les plannings familiaux	Développement de services intégrés Diminution de la fragmentation entre santé primaire et santé mentale Favoriser une vision globale du bénéficiaire	Intégration	Régional	Générique
Développer un système unique de partage de l'information entre les services de santé et sociaux	Amélioration de la circulation de l'information Simplification administrative	Coordination	Régional	Générique
Encourager les services de santé et sociaux à avoir des infrastructures communes ou du personnel en commun	Soutien à la collaboration Amélioration de la circulation de l'information Economies d'échelle	Coordination	Régional	Générique
Créer des réseaux de services de santé et sociaux à l'échelle des communes	Réduction de la fragmentation territoriale et temporelle Amélioration de la circulation de l'information	Linkage	Local	Générique

Table 4 (suite) : Objectifs des solutions politiques, organisationnelles et financières visant à améliorer la continuité des soins et du social pour les publics précarisés en région de Bruxelles-Capitale, projet CAPP

Désigner des coordinateurs au sein des services chargés de la coordination entre les services	Circulation de l'information Réduction de la fragmentation entre les services	Coordination	Régional	Générique
Créer des plans partagés de prises en charge entre les services de santé et sociaux	Favoriser une vision globale du bénéficiaire Amélioration de la participation du bénéficiaire Adaptation du projet aux besoins spécifiques du patient Circulation de l'information Réduction de la fragmentation entre les services	Linkage	Régional	Générique
Donner la mission de coordination des services aux CPAS	Circulation de l'information Simplification administrative Amélioration de la coordination entre les services Réduction de la fragmentation entre les services de santé et les services sociaux	Coordination	Local	Générique
Donner la mission de coordination des services aux mutuelles	Circulation de l'information Simplification administrative Amélioration de la coordination entre les services Revalorisation du rôle social des mutualités	Coordination	Régional	Générique

Table 4 (suite) : Objectifs des solutions politiques, organisationnelles et financières visant à améliorer la continuité des soins et du social pour les publics précarisés en région de Bruxelles-Capitale, projet CAPP

Désigner des services agréés pour l'entièreté des prestations pour les personnes en séjour illégal (sociale et santé)	Favoriser une vision globale du bénéficiaire Approche intégrée de l'aide Simplification administrative Réduction de l'incertitude pour les services	Intégration	Régional	Spécifique
Services outreach		Linkage	Régional	Générique
Solutions financières				
Financer la coordination des services de santé et des services sociaux	Améliorer la circulation de l'information	Coordination	Régional	Générique
Allouer aux services un forfait de coordination par patient précarisé inscrit dans le service	Favoriser l'approche globale Améliorer la circulation de l'information Améliorer la flexibilité	Coordination	Régional	Spécifique
Majorer les forfaits par patient en fonction de la vulnérabilité socioéconomique des bénéficiaires	Favoriser l'approche globale Intégration de la vulnérabilité et reconnaissance de la complexité des situations	Intégration	Régional	Spécifique
Financement forfaitaire pour les soins ambulatoires de santé mentale et les soins de santé primaire	Favoriser l'accessibilité financière Amélioration de l'approche globale	Intégration	Régional	Générique
Gratuité des soins en-dessous de 18 ans, indépendamment du statut	Favoriser l'accessibilité financière	Linkage	Régional	Spécifique

Table 4 (suite) : Objectifs des solutions politiques, organisationnelles et financières visant à améliorer la continuité des soins et du social pour les publics précarisés en région de Bruxelles-Capitale, projet CAPP

Première consultation gratuite en médecine générale pour les personnes sans titre de séjour légal	Réduction de l'incertitude liée au paiement pour les généralistes Simplification administrative Favoriser l'accessibilité financière pour les personnes sans titre de séjour légal	Linkage	Régional	Spécifique
Financement des services sur base de la performance de continuité de soins des personnes précarisées	Responsabilisation des acteurs de santé Impact possible en termes d'équité en santé Amélioration de la prise en charge de besoins non-médicaux	Intégration	Régional	Spécifique
Financement de services intégrés à faible niveau d'exigences (« bas seuil ») dans les quartiers avec les populations défavorisés	Favoriser l'accessibilité des services au niveau financier et au niveau administratif	Linkage	Régional	Spécifique
Majorer l'honoraire de consultation octroyé aux professionnels prenant en charge des publics bénéficiant de l'aide du CPAS (AMU...)	Favoriser l'accessibilité Intégrer la vulnérabilité dans la rétribution des professionnels	Linkage	Régional	Spécifique

Module de clôture

Les deux questionnaires (intervenants et bénéficiaires) incluaient la possibilité de commenter l'étude de façon générale et les scénarios et solutions proposés et demandent aux répondants de citer des personnes qui pourraient également être contactées dans le cadre de l'enquête. Le questionnaire proposait également au répondant de laisser ses coordonnées s'il souhaite un retour et/ou s'il souhaite participer à d'autres étapes du projet.

Validation du questionnaire

Validation par des experts

La première validation a été réalisée via un groupe focal. Les participants au groupe focal sont tous des membres du groupe « Health Service Research & Vulnerability » de l'Université catholique de Louvain. La structure générale du questionnaire, sa cohérence et les concepts sous-jacents aux différentes questions ont été discutés et validés. Suite à cette première validation, le format de questions a été modifié de même que la structure globale. Les aspects conceptuels ont été validés.

Validation cognitive du questionnaire

Les entretiens cognitifs ont pour but d'évaluer les sources d'erreur possibles dans la complétion des questionnaires (Willis, 1999). Les théories cognitives reprennent quatre aspects : la compréhension des questions, les stratégies de rappel, les processus de décision et les processus de réponse (Willis, 1999).

Dans le cadre du projet CAPP, le test cognitif du questionnaire a pour objectifs généraux de :

- Valider les instruments de recrutement (formulaire de consentement, lettre d'introduction, lettre de contact)
- Valider la clarté des consignes relatives aux différentes questions
- Valider la pertinence des solutions proposées
- Identifier les perceptions générales des répondants suite à la complétion de l'enquête

Test cognitif avec les bénéficiaires

Le test cognitif avec les bénéficiaires a eu lieu en juin 2015 dans les locaux d'un centre de santé intégré. Les participants ont été sélectionnés par l'intermédiaire d'une infirmière en santé communautaire. La participation était libre et volontaire. Aucun dédommagement n'a été donné. Le test a duré 2 heures et a été enregistré avec l'accord des participants. A l'issue de la rencontre, les échanges ont fait l'objet d'une retranscription et d'une analyse qualitative.

Quatre bénéficiaires ont confirmé leur présence mais seuls trois se sont présentés. Les trois participants sont : un homme de + de 65 ans – ancien sans-domicile fixe, sans-emploi et en rupture de lien social avec sa famille ; une femme de 50 ans d'origine africaine en séjour légal avec un problème d'arthrose et de diabète de type 2 et un faible niveau d'alphabétisation (propos auto-

reportés); et un homme de 30 ans d'origine africaine en séjour illégal, travaillant dans la construction, et souffrant de problèmes de santé mentale. Ces trois personnes sont représentatives du public ciblé par le questionnaire du projet CAPP.

Les bénéficiaires ont reçu des boissons et un petit en-cas. Après présentation du projet et obtention du consentement des participants, la chercheuse principale a mené le test cognitif.

Chaque question a été lue à voix haute. Dans un premier temps, les bénéficiaires réagissaient à chaud sur les questions posées. Dans un second temps, sur base d'un guide d'entretien qualitatif ouvert, des questions spécifiques ont été posées afin de valider la compréhension (sémantique et intellectuelle) des différentes questions et les consignes de réponse par les bénéficiaires. La **table 5** présente les principaux résultats du questionnaire par module.

La rencontre a également été l'occasion pour les participants de partager des expériences de vie et de faire part de leurs difficultés quant à l'utilisation des services en région de Bruxelles-Capitale. Ces données qualitatives ne sont pas présentées ici.

Table 5 : Principaux résultats du test cognitif du questionnaire « Bénéficiaire » avec des patients précarisés dans le cadre du projet CAPP, juin 2015, Bruxelles

Modules	Résultats principaux
<ul style="list-style-type: none">• Module Santé	<ul style="list-style-type: none">› Difficulté avec les temporalités tout au long du questionnaire› « Modéré » n'est pas compris
<ul style="list-style-type: none">• Module « Expérience dans les services »	<ul style="list-style-type: none">› Difficulté à comprendre que toutes les questions sont en lien avec le médecin généraliste› Le fait de se concentrer sur le médecin généraliste oriente les réponses vers la santé
<ul style="list-style-type: none">• Module « Préférences face à une situation donnée »	<ul style="list-style-type: none">› Trop d'informations dans les consignes› Absence de demande explicite du patient dans la vignette› Difficulté à percevoir la différence entre l'option 2 de l'axe 1 et l'option 2 de l'axe 3› Besoin de séparer les solutions pour faciliter la réponse› Demande de proposer des solutions vis-à-vis de l'information

Test cognitif avec les professionnels

Le test cognitif avec les professionnels s'est déroulé sous forme d'un entretien individuel. Chaque entretien a duré environ 1 heure et s'est tenu dans un lieu et à un moment choisi par l'intervenant. Après accord de la personne, chaque entretien a été enregistré. L'entretien a été retranscrit.

Quatorze personnes ont été contactées pour participer au test cognitif mais seules cinq personnes ont participé à un entretien cognitif (une médecin, un assistant social, un psychologue, un politologue et un sociologue). Bien que ce nombre soit inférieur au seuil de 10 recommandé par la littérature, la saturation était atteinte après 5 entretiens (Willis, 1999). Nous n'avons donc pas recontacté d'autres personnes pour augmenter notre taille d'échantillon.

Selon les participants, les consignes de réponses étaient claires et la structure adéquate. Par contre, le concept de globalité a fait l'objet d'une interprétation différente de la part des participants. Cette différence d'interprétation pouvait influencer significativement la réponse aux questions et différents de l'objectif de la question. Le concept de globalité a dû être re-précisé.

Validation du questionnaire par un groupe test de professionnels et de bénéficiaires

Un questionnaire test a été envoyé le 26 mai 2015 à un échantillon de 34 professionnels de santé exerçant ou ayant exercé une activité clinique en Belgique francophone (médecins, infirmiers et paramédicaux) via la plateforme Qualtrics. La date initiale pour répondre était le 5 juin. Au 23 juin 2015, seules 11 personnes avaient répondu. Un rappel a été envoyé le 23 juin avec une date de réponse pour le 30 juin.

Ce test via la plateforme informatique a permis de calculer le temps nécessaire à la complétion du questionnaire via le support informatique, valider les instruments de recrutement (formulaire de consentement, lettre d'introduction, lettre de contact et valider la clarté des consignes relatives aux différentes questions. A l'issue de la complétion, certains professionnels ont communiqué leurs remarques et observations à la chercheuse principale.

La validation pour les bénéficiaires a eu lieu au cours d'entretiens qualitatifs (n=6) avec des personnes sélectionnées sur base volontaire dans des salles d'attente de services de santé. La validation avec les bénéficiaires a permis de calculer le temps nécessaire à la réalisation d'un entretien et de valider la compréhension du questionnaire après les modifications suite au test cognitif. Certains bénéficiaires ont répondu seuls, sans l'assistance du chercheur.

Création et mise en ligne du questionnaire

Le questionnaire pour les professionnels est administré via la plateforme QualTrics¹¹. La plateforme QualTrics permet un accès sécurisé et anonyme à un questionnaire. Chaque lien ne peut être utilisé qu'une seule fois, ce qui permet d'éviter les doublons de réponses. Bien que ce ne soit pas prévu initialement, une version en ligne du questionnaire patient a été développée afin d'augmenter le taux de participation. La version finale du questionnaire a été traduite en néerlandais et en anglais, a été adapté au niveau sémantique et a fait l'objet d'une validation par des experts bilingues.

Soumission du protocole de recherche à la Commission d'éthique

La présence de personnes en séjour irrégulier dans le groupe des bénéficiaires a engendré de nombreuses discussions éthiques et une profonde réflexion sur les méthodes de recrutement à déployer. Le projet CAPP a été approuvé par le comité d'éthique hospitalo-facultaire de l'Université catholique de Louvain.

Elaboration des recommandations

Un groupe focal délibératif a été organisé en juin 2016 avec des experts et des responsables politiques sur invitation. Ce groupe focal avait pour objectifs de 1) présenter les résultats du projet INNOVIRIS ; 2) délibérer et discuter les solutions prioritaires par le biais d'un groupe focal avec des acteurs des pouvoirs publics, au niveau communal, communautaire et régional ; et 3) définir les conditions d'implémentation des solutions prioritaires. Dix-sept personnes ont participé au groupe focal : Bourmorck Delphine (UCL IRSS), Dauvrin Marie (UCL IRSS), De Boe Françoise (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale), De Tavernier Luc (cellule Santé, cabinet Gosuin), Gillis Olivier (cellule Santé, cabinet Gosuin), Hercot David (Observatoire de la Santé et Social de la région de Bruxelles-Capitale), Heymans Stephane (Médecins du Monde), Husson Eric (Projet Lama), Jacmain Odile (Projet Lama), Lejour Christian (section CPAS, Association de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles-Capitale), Lorant Vincent (UCL IRSS), Nicaise Pablo (UCL IRSS), Smith Pierre (UCL IRSS), Theizen Laurence (Maison d'Accueil Socio-Sanitaire MASS), Vanden Bossche Cécile (La Strada), Willaert Alain (Conseil Bruxellois Socio-Politique), Wyngaerden François (UCL IRSS).

¹¹ Pour en savoir plus sur la plateforme QualTrics : <http://www.qualtrics.com/>

Analyses des données

Analyses qualitatives

Les données qualitatives ont été traitées sur base d'une grille d'analyse prédéfinie, construite sur les résultats de la revue de littérature. Bien que notre plan d'analyse qualitative adopte une posture déductive, les thèmes émergents ont été également inclus (Corbière & Larivière, 2014; Dumez, 2013). Cette étape d'analyse a été précédée par la retranscription des entretiens réalisées avec les acteurs des pouvoirs publics, les bénéficiaires et les professionnels (par défaut, les professionnels ont complété le questionnaire par internet mais la possibilité leur était laissée de rencontrer la chercheuse au cours d'un entretien). Les commentaires et autres remarques laissés par les participants ont également été inclus et analysés qualitativement.

Dans un second temps, les données qualitatives ont été triangulées entre les différents groupes de participants afin de faire émerger les convergences et divergences entre les répondants. Cette analyse par triangulation visait également à expliciter les choix et préférences pour certaines options ou solutions proposées dans le questionnaire (Corbière & Larivière, 2014; Dumez, 2013).

Les données collectées lors du groupe focal avec les experts ont été analysées suivant la même méthodologie.

Analyses quantitatives

L'étape préliminaire a consisté en une phase de gestion et la préparation des données quantitatives, à savoir la gestion des données manquantes, des questionnaires complétés partiellement ou de façon automatique (Eekhout, De Boer, Twisk, De Vet, & Heymans, 2012).

Concernant les solutions régionales ; les analyses ont été effectuées sur base d'un échantillon de 172 observations (professionnels et pouvoirs publics). Après une analyse descriptive de l'efficacité et de la priorité des solutions de continuité des soins et du social, des tests T ont été calculés pour tester la différence entre les modèles de continuité et les domaines d'interventions. L'efficacité a été corrélée avec la priorité des solutions. Les caractéristiques des solutions influençant les préférences des répondants ont été identifiées via des modèles de régression. Dans un premier modèle, une analyse multivariée des caractéristiques des solutions (modèles, domaines, niveau d'intervention et spécificité de la solution) sur l'efficacité et la priorité des solutions a été réalisée. Dans une seconde étape, nous avons réalisé un modèle de régression multivarié de moyenne des moindres carrés pour contrôler les données manquantes et les variables d'influence. Le troisième modèle de régression multivariée testait l'interaction entre les modèles de continuité et les domaines d'intervention. La valeur du BIC s'accroissant dans le modèle multivarié d'interaction par comparaison avec le modèle multivarié sans interaction, le modèle multivarié a été préféré ((BIC efficacité 15268.4 -15124.5; BIC priorité: 13210.65- 13150.65).

Concernant les solutions individuelles, l'analyse des données récoltées est répartie en six étapes. L'analyse statistique utilisée pour les étapes deux à six est un test du Khi-carré (χ^2) qui permet d'attester ou non d'une différence significative entre des distributions. La première étape a consisté en des analyses descriptives des données sociodémographiques des professionnels répondants et des bénéficiaires répondants afin d'attester de la représentativité et de la diversité de l'échantillonnage. Dans la deuxième étape, le test du Khi-carré a été réalisé afin d'attester ou non de la différence dans les choix des modèles (linkage, coordination, intégration) dans les quatre dimensions de la continuité des soins et du social, indépendamment des déterminants individuels des vignettes cliniques. La troisième étape consistait à identifier si la présence ou l'absence des déterminants individuels (mutuelle, logement, comorbidité psychiatrique) influencent les choix des modèles de continuité des soins et du social. La quatrième étape quant à elle consistait à identifier si le statut des répondants (bénéficiaire, professionnel, pouvoir public et experts) influence les choix des modèles de continuité des soins et du social, cette analyse a pour but d'exclure le statut des répondants comme potentiel facteur de confusion des précédents résultats. La cinquième étape consistait à identifier si les combinaisons des différentes caractéristiques influencent les choix des modèles de continuité des soins et du social. La sixième étape a été réalisée afin de vérifier que l'exclusion des non-répondants n'entraîne pas un biais de sélection.

Croisement des données qualitatives et quantitatives

Le croisement des données quantitatives et les données qualitatives en suivant les principes des méthodologies mixtes a constitué la dernière étape d'analyse (Corbière & Larivière, 2014) et a permis l'élaboration des recommandations finales.

Toutes les analyses quantitatives ont été effectuées avec le logiciel SAS Entreprise. Les analyses qualitatives ont été réalisées avec le logiciel Nvivo 10.

RESULTATS GENERAUX

Profil sociodémographique des bénéficiaires

La **table 6** présente les caractéristiques des bénéficiaires ayant participé à l'enquête du projet CAPP en région de Bruxelles-Capitale durant les mois de juillet et août 2015. Nonante bénéficiaires ont participé à l'enquête CAPP. Tous les entretiens ont été réalisés en français, sauf 3 en anglais et 1 en arabe avec l'aide d'une accueillante de maison médicale comme interprète. Les entretiens ont eu lieu entre le mois de juillet et le mois d'août 2015. Pour des raisons pratiques et éthiques, les entretiens n'ont pas été enregistrés.

L'âge moyen des participants était de 44 ans, le bénéficiaire le plus jeune avait 20 ans et le plus âgé 78 ans. La proportion de femmes était de 48% des participants. Soixante-cinq personnes ne travaillaient pas au moment de l'enquête, mais ce chiffre incluait les personnes pensionnées ou en incapacité. Certaines personnes ont rapporté une activité professionnelle non-déclarée, comme aider à décharger les camions de marchandises au marché du Midi. Cinquante-deux personnes avaient un niveau d'éducation équivalent au secondaire supérieur et au-dessus. Certains répondants avaient déclaré avoir un diplôme universitaire dans leur pays d'origine mais ne pas réussir à trouver du travail en Belgique ou à avoir un emploi en-dessous de leur qualification. L'absence de statut de séjour et de logement n'empêchait pas d'avoir des projets professionnels.

[Interviewer : "quel est votre projet alors ?"] "J'ai une formation d'apiculteur et une de gestion d'entreprises. Je voudrais avoir des abeilles, faire du miel, le vendre, ici à Bruxelles. J'ai eu l'argent par Madame XX de Nativitas pour suivre les formations".

Mr A, 47 ans, sans-abri, sans titre de séjour et sans couverture de santé,
Métro Gare Centrale

Encadré 2 : l'histoire de madame X

Madame X est Polonaise. Elle vient à XX avec un trolley et un sac à main. Elle est très soignée, ses vêtements sont propres, ses cheveux sont attachés. Elle demande un café et un sandwich. Elle est arrivée en Belgique en 1997 et est actuellement sans titre de séjour. Elle a reçu plusieurs ordres de quitter le territoire. Il y a deux ans, elle a été opérée et, durant son hospitalisation, s'est vu retirer ses papiers car ceux-ci étaient périmés. Elle voudrait travailler mais est sans adresse. Comme elle n'a pas d'adresse, elle ne peut pas trouver de travail mais comme elle n'a pas de travail, elle n'a pas d'argent pour payer un loyer. C'est un cercle vicieux qui la mine.

Vingt-deux personnes n'avaient aucune couverture de santé, que ce soit via une mutuelle, une assurance privée ou l'aide sociale du CPAS. Près de la moitié des participants ignoraient ce qu'est le ticket modérateur ou le maximum à facturer et/ou ignoraient s'ils peuvent en bénéficier.

Les obstacles financiers constituaient le premier motif de retard ou d'absence de soins (n=41), suivi par un délai d'attente trop long (n=33), les barrières administratives (n=32) et le problème de transports (n=21). Si la barrière d'accès aux soins est de type financier, les répondants déclaraient que les soins ne seront jamais reçus.

La présence d'une personne-ressource aide la personne à avoir les soins en temps et en heure.

Mr M a expliqué qu'il était accompagné par une éducatrice, Géraldine, et qu'elle l'aidait pour toutes ses démarches, qu'il s'agisse d'avoir la carte médicale ou les médicaments.

« Si Géraldine n'était pas là, ce serait oui pour tout [Note : il n'aurait accès à rien] »

M, 23 ans, sans titre de séjour légal, souffre d'un problème psychiatrique chronique

Table 6 : Caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires ayant participé à l'enquête CAPP en juillet-août 2015 en région de Bruxelles-Capitale (n=90)

	Nombre de participants (%)
Genre	
• Hommes	47 (52)
• Femmes	43 (48)
Lieu de l'entretien	
• Service avec enregistrement	42 (47)
• Service bas-seuil	34 (38)
• Au domicile du patient	14 (15)
Age	
• 20-39 ans	42 (47)
• 40-59 ans	39 (43)
• 60-84 ans	9 (10)
Langues parlées	
• Langues nationales belges	52 (58)
• Autres langues	21 (23)
• Langues non européennes	13 (14)
• Langues du sud de l'Europe	4 (4)
Nationalité	
• Autre	46 (51)
• Belge	44 (49)
Niveau d'éducation	
• Secondaire supérieur et au-dessus	52 (58)
• Secondaire inférieur et en-dessous	38 (42)
Emploi	
• Au chômage	35 (39)
• En incapacité / pensionné	30 (33)
• A un emploi	25 (28)
Logement	
• Logement adéquat	49 (54)
• Conditions de logement précaires	41 (46)
Relations	
• Célibataire	46 (51)
• Autre	24 (27)
• Dans une relation	20 (22)
Situation familiale	
• Pas d'enfants	50 (55)
• Aucun enfant ne vit avec les parents	21 (23)
• Tous les enfants vivent avec les parents	14 (16)
• Certains des enfants vivent avec les parents	5 (6)
Mutuelle	
• Mutuelle	61 (68)
• Pas de mutuelle	20 (22)
• Via l'aide sociale	9 (10)

Les bénéficiaires déclaraient majoritairement un état de santé « ni bon, ni mauvais » (38%). Trente-six personnes rapportaient un état de santé bon, voire très bon (40%) tandis que 20 personnes déclarent un état de santé général « mauvais » à « très mauvais » (22%). Cependant, lors des entretiens, certaines personnes déclaraient que si, au jour de l'entretien, leur état de santé était « bon », cela ne correspondait pas à une situation fréquente. Certaines personnes rapportaient des épisodes de maladies ou d'accidents où leur état de santé général était « très mauvais ». Ces données sont en-deçà des chiffres rapportés par l'enquête nationale de santé où 75% de la population de plus de 15 ans de la région de Bruxelles-Capitale se déclare en bonne santé (Tafforeau, 2014b).

Pour près de 50% des bénéficiaires, lorsqu'ils ont besoin d'aide, ils ne pouvaient compter que sur eux-mêmes (n=44). Plusieurs répondants ont rappelé qu'ils étaient seuls en Belgique. Une seule personne identifiait un travailleur du CPAS/OCMW comme personne de référence lorsqu'elle a besoin d'aide. Dans certains cas, l'aide est apportée par une personne tout à fait extérieure aux services sociaux ou de santé.

Encadré 3 : l'histoire d'Olga

Olga, la quarantaine, Ukrainienne musulmane, vit à Petit Château, sans ses deux enfants qui sont en Belgique. Elle vient régulièrement à XX pour discuter avec les volontaires. Elle s'exprime facilement en anglais et était coiffeuse dans son pays. Elle sourit et rit beaucoup, même lorsqu'elle raconte les difficultés auxquelles elle a dû faire face lorsqu'elle s'est cassé la jambe l'an dernier. C'est son professeur de français qui l'a aidée à recevoir des soins car il y avait des soucis avec FEDASIL. Avant de vivre à Petit Château, elle vivait dans un logement privé en attente de sa régularisation. Olga a une psychose maniacodépressive. Quand elle est dans une phase down, elle est incapable de s'occuper d'elle-même.

Dans l'échantillon, 67 personnes rapportaient une ou plusieurs affections chroniques, définies comme un problème de santé durant depuis plus de 6 mois. Vingt-sept bénéficiaires déclaraient souffrir de plus de deux affections chroniques, soit 30% de l'échantillon. Lors des entretiens, il a été constaté que certaines personnes ne savaient pas que leur problème de santé était un problème de santé chronique. Madame K, par exemple, déclarait ne pas avoir de problème de santé chronique mais prenait des antidiabétiques pour son diabète. Ces chiffres sont supérieurs à ceux de l'enquête nationale de santé, qui rapporte une proportion de 30,5% de la population de 15 ans et plus déclarant une affection chronique (Van der Heyden, 2014a).

Septante-huit personnes rapportaient un problème de santé mentale (87%). Ce chiffre doit cependant être pris avec précaution : il s'agit de données auto-reportées, pas nécessairement d'un diagnostic psychiatrique. De plus, si les personnes n'ont pas déclaré directement un diagnostic psychiatrique, certaines ont fait part d'état de stress, d'anxiété persistante, « d'idées noires » ou encore de « problèmes pour dormir ». Les participants n'ont pas rempli d'échelle d'évaluation du bien-être versus mal-être psychologique ou d'évaluation psychiatrique, contrairement à ce qui se fait dans l'enquête nationale de santé. De cette dernière, il ressort que 40% des Bruxellois présentent des difficultés psychologiques (Gisle, 2014).

Pour un répondant, le problème chronique n'était pas un problème physique ou mental, mais un problème social :

« Mon problème c'est ma situation pour ma carte de séjour »

La table 7 présente la prévalence des incapacités dans les activités de la vie quotidienne telles que rapportées par les bénéficiaires lors de l'enquête du projet CAPP de juillet à septembre 2015. Si la majorité des répondants déclarait ne pas avoir de difficultés à se déplacer, plusieurs personnes rapportaient que la difficulté se situe au niveau de l'accès aux transports plutôt qu'au niveau d'une incapacité physique. Certaines personnes déclaraient également que leurs difficultés à se déplacer sont conditionnées par d'autres facteurs comme la météo, l'état émotionnel ou la fatigue.

« Parfois, j'essaie d'aller me reposer car j'ai mal aux jambes à force de marcher toute la journée et de porter mes sacs. Je suis déjà allée à Saint Jean mais le garde, il m'a sorti. Il a dit que j'avais une casquette alors que j'étais sans-abri et que je ne pouvais pas rester là. Il a voulu me faire partir mais alors, ils ont appelé les urgences et aux urgences, ils me laissent rester dans un coin, le temps que je me repose une heure. Une fois, il y avait un truc de gospel à l'hôpital, je m'étais allongée, le vigile est venu. Alors, je me suis mise au fond, contre le mur, comme ça je pouvais me reposer. Les gens des urgences m'ont reconnue et ils se sont mis devant moi pour que je puisse me reposer. »

Madame M, sans-domicile, rencontrée à la Gare Centrale

Table 7 : Prévalence des incapacités dans les activités de la vie quotidienne parmi les bénéficiaires ayant répondu à l'enquête du projet CAPP au cours d'un entretien entre les mois de juillet et septembre 2015 à Bruxelles (n=90)

	Nombre de participants (%)
Se déplacer	
• Problèmes légers voire absents	67 (74)
• Problèmes modérés	17 (19)
• Problèmes sévères voire incapacité totale	6 (7)
Se laver ou s'habiller	
• Problèmes légers voire absents	81 (90)
• Problèmes modérés	6 (7)
• Problèmes sévères voire incapacité totale	3 (3)
Effectuer ses activités de tous les jours	
• Problèmes légers voire absents	67 (74)
• Problèmes modérés	10 (11)
• Problèmes sévères voire incapacité totale	13 (15)
Vivre avec une douleur ou une gêne	
• Douleur légère à absente	55 (61)
• Douleur modérée	15 (17)
• Douleur sévère à extrême	20 (22)
Se sentir déprimé ou anxieux	
• Dépression ou anxiété légère à absente	52 (58)
• Dépression ou anxiété modérée	20 (22)
• Dépression ou anxiété sévère à extrême	18 (20)

Concernant se laver ou s'habiller, une minorité de répondants exprimait avoir peu de difficultés. Cependant, plusieurs personnes rapportaient que l'absence de structures pour se laver ou l'absence de vêtements de rechange font qu'elles sont incapables de se laver ou de se vêtir.

"I go to the hotel and I wash myself in the bathroom on the ground floor. But sometimes, people notice me and kick me out"

Madame W, sans titre de séjour,
rencontrée dans une permanence sociale pour migrants

Pour les activités de tous les jours, plusieurs personnes exprimaient leur souhait de travailler, ou au moins d'avoir l'autorisation de travailler en Belgique. Les répondants faisaient également des liens entre les différents aspects. Selon ces personnes, il est important de se laver, d'avoir une belle apparence pour pouvoir trouver un travail.

Concernant la présence d'une douleur ou d'une gêne, certaines personnes ont fait le récit d'accidents qui leur sont arrivés et qui leur ont laissé des douleurs résiduelles comme dans le cas de Mr V. Mr V a été renversé par une voiture en 2008. L'accident a causé des blessures internes, notamment au niveau des côtes. Il a ensuite eu une hernie discale. Depuis, il souffre des côtes et a des maux de tête persistants. Il se déclare en invalidité.

Si 58 personnes ne se déclaraient ni nerveuses, ni déprimées, 42 personnes rapportaient une dépression ou une anxiété sévère à extrême. L'absence de papiers, la violence et dormir dans la rue ont été cités comme causes de la nervosité ou de la dépression.

« Maintenant quand tu n'as pas les papiers, tu subis le stress, tu subis la pression. »

Mr C., sans domicile et sans titre de séjour,
rencontré dans un centre d'hébergement pour sans-abris.

« J'ai des problèmes mentaux et psychiatriques. Il y a peut-être autre chose qu'on ne veut pas me dire mais ça je ne sais pas. J'avais la lettre pour le médecin avec tout mon dossier mais j'ai pas regardé. [Interviewer : mais vous ne voudriez pas savoir ce que vous avez?] Elle: non, tu imagines ? J'apprends que je suis une psychopathe ? Ça va être dur. Parfois, je m'énerve vraiment très fort et j'ai envie de taper sur tout le monde. Quand quelqu'un te fait tellement de mal, tu as envie de l'envoyer au ciel. »

Madame M, sans-domicile, rencontrée à la Gare Centrale

"Many people have stress problems. Now it's summer so it's better but during winter...when you don't know where to sleep, how to find help for regularisation..."

Madame W, sans titre de séjour,
rencontrée dans une permanence sociale pour migrants

« Si on reste trop souvent à la même place, surtout nous les filles, ils nous visent et vous voyez ce qui arrive [désigne ses plaies et les marques de coup sur ses bras]. »

Mlle F, sans-domicile, victime d'une agression la veille de l'entretien,
va dormir dans la rue car les centres d'hébergements sont remplis.

CAPP Continuité de l'Aide pour les Publics Précarisés

Du côté des publics sans-abri et sans titre de séjour, plusieurs personnes ont exprimé leur crainte face à l'afflux des migrants, les agressions et marques de discrimination dont ils ou elles sont victimes. L'enquête a eu pendant les événements du Parc Maximilien et plusieurs personnes ont exprimé leur incompréhension face à l'afflux massif de générosité alors qu'eux-mêmes sont parfois dans la clandestinité depuis des années sans recevoir de soutien.

“Some persons are stealing, are killing, are devastating Belgium but they have a Belgian ID card, they have the papers. And I, I don't do anything but I don't have a card. And I'm very angry with that. »

Madame W, rencontrée dans une permanence sociale pour migrants

Description des professionnels et des pouvoirs publics

Participation des professionnels

Le premier groupe de professionnels a été averti de l'existence de l'enquête le 4 août 2015 et a reçu le lien pour participer le 11 août 2015. Suite à l'information envoyée le 4 août, plusieurs associations et services ont contacté l'équipe de recherche pour communiquer des adresses emails de personnes à intégrer dans l'équipe. Une information spécifique a été faite par la Société Spécifique de Médecine Générale/section de Bruxelles et par la Ligue des Usagers des Services de Santé. Le mail a pu également être transféré en interne.

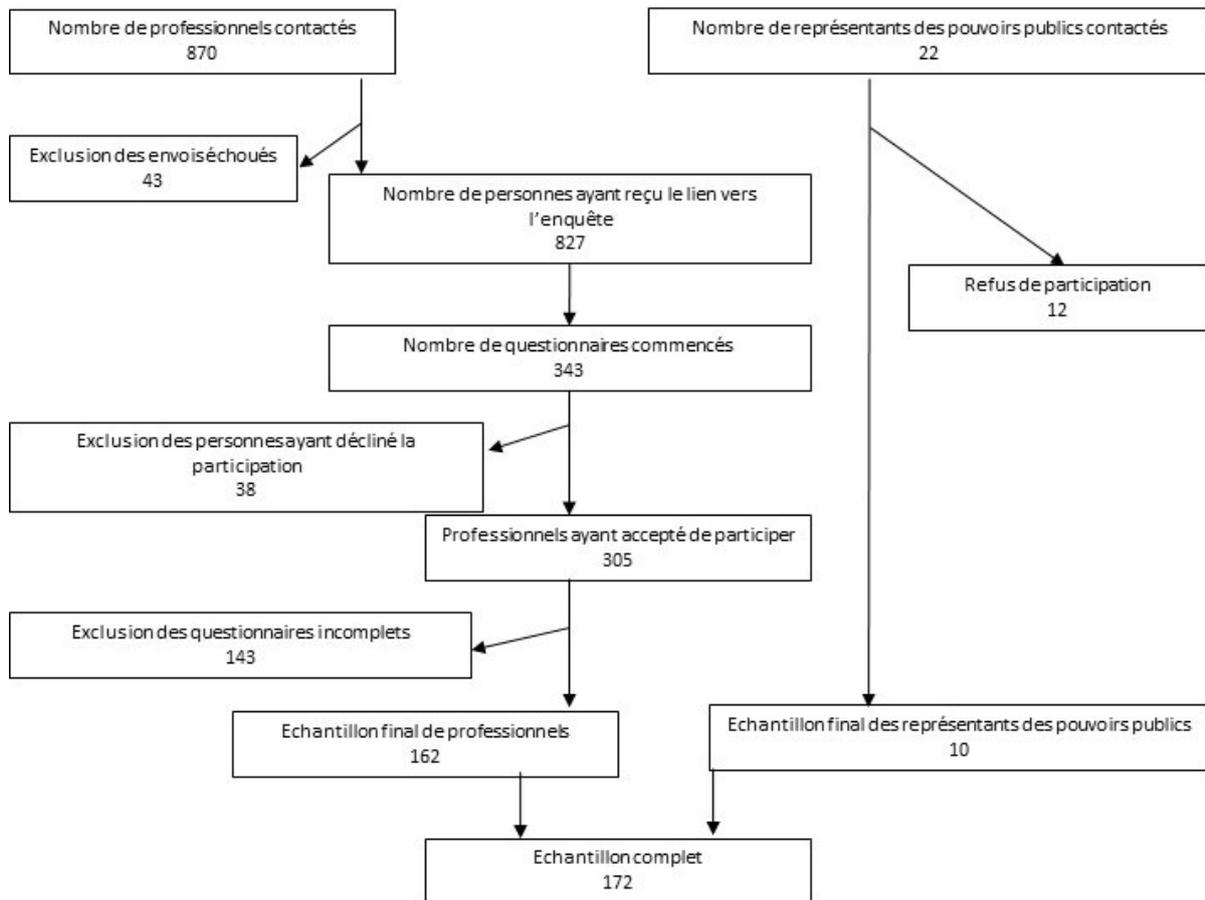
Le **schéma 1** présente l'évolution de l'échantillonnage des professionnels et des pouvoirs publics ayant répondu à l'enquête du projet CAPP entre juillet et décembre 2015 en région de Bruxelles-Capitale.

Après validation de la base des données, 870 personnes et services ont été contactés par courriel pour participer à l'enquête web. Quarante-trois courriels n'ont pas abouti et ont été retirés du dénominateur. Trois-cent quarante-trois questionnaires ont été commencés par les répondants mais seuls 162 questionnaires ont été remplis entièrement.

Concernant les pouvoirs publics, 22 personnes, considérées comme des acteurs-clés, ont été sélectionnées et ont été contactées personnellement. Dix entretiens sur le lieu d'exercice des répondants ont lieu.

L'échantillon final est constitué de 172 répondants pour le volet professionnel et pouvoirs publics.

Schéma 1 : Evolution de l'échantillonnage des professionnels et des pouvoirs publics du projet CAPP, 2015, région de Bruxelles-Capitale



La **table 8** présente les caractéristiques démographiques des professionnels et des pouvoirs publics ayant participé à l'enquête du projet CAPP en région de Bruxelles-Capitale de juillet à décembre 2015. La majorité des répondants étaient des professionnels de santé (médecins, infirmiers et autres professions paramédicales) et déclaraient travailler dans un service de santé, qu'il s'agisse de services génériques (exemple : maisons médicales) ou de services spécialisés (exemple : centres de santé mentale). L'âge moyen des professionnels était de $44,9 \pm 16$ ans, avec une ancienneté professionnelle de $13,8 \pm 11$ ans.

Table 8 : Caractéristiques sociodémographiques des professionnels ayant participé à l'enquête CAPP juillet à décembre 2015, région de Bruxelles-Capitale.

	<u>Nombre de participants (%)</u>
Genre	
• Femmes	103 (60)
• Hommes	69 (40)
Profession	
• Professionnels de santé	93 (54)
• Travailleurs sociaux	46 (27)
• Fonctionnaires et assimilés	18 (10)
• Autres professions	15 (9)
Type de services	
• Services de santé	70 (40)
• Services publics	35 (20)
• Autres services	38 (22)
• Services sociaux	29 (18)

Critères d'évaluation des politiques selon les professionnels et les pouvoirs publics

La **table 9** présente l'importance des critères d'évaluation de l'impact des politiques sur la continuité des soins et du social pour les personnes précarisées vivant en région de Bruxelles-Capitale selon les professionnels et les pouvoirs publics. Lorsqu'il s'agissait d'évaluer l'importance des critères d'impact des politiques publiques sur la continuité des soins et du social, les critères étaient, par ordre d'importance : l'accessibilité (moyenne 3.8 ± 1.4), la globalité (moyenne 3.4 ± 1.2), la circulation de l'information (moyenne 2.7 ± 1.1), la flexibilité (moyenne 2.6 ± 1.1) et le coût-efficacité (moyenne 1.8 ± 1.2). Aucune différence n'a été trouvée pour l'ordre d'importance entre les pouvoirs publics et les professionnels.

« L'accessibilité, je crois vraiment que c'est un gros problème. [...] Il faut mettre le moins possible de barrières entre la personne nécessiteuse quelque part et tout ce qui peut l'aider »

Entretien avec un président de CPAS

En comparant l'ordre d'importance selon la profession des répondants, la globalité était le critère le plus important pour le groupe « Autres professions » (moyenne 3.8 ± 0.9) tandis que l'accessibilité est le critère le plus important pour les professionnels de santé (moyenne 4.0 ± 1.4), les travailleurs sociaux (3.8 ± 1.4) et les fonctionnaires (3.6 ± 1.7). Cependant, aucune corrélation significative n'a été trouvée entre la profession du répondant et l'importance accordée au critère. De même, aucune différence n'a été trouvée entre les différents services ayant participé à l'enquête.

Table 9 : Importance des critères d'évaluation de l'impact des politiques publiques sur la continuité des soins et du social pour les personnes précarisées vivant en région de Bruxelles-Capitale (n=172)

	Peu/ pas important (%)	Moyennement important (%)	Important/ très important (%)
• Accessibilité	35 (20%)	15 (9%)	122 (71%)
• Globalité	42 (24%)	34 (20%)	96 (56%)
• Flexibilité	84 (49%)	51 (30%)	37 (21%)
• Circulation de l'information	79 (46%)	45 (26%)	48 (28%)
• Coût-efficience	132 (77%)	17(10%)	23 (13%)

D'autres critères sont ressortis des entretiens : l'automatisme des droits, la liberté de choix, l'émancipation de l'individu ou encore l'impact écologique ou communautaire.

« Il fallait que tout ça serve l'émancipation de l'individu. Est-ce que ça donnait plus d'autonomie à l'individu ? Est-ce que pédagogiquement, il comprenait le sens de la mesure qui lui était proposée, du choix qui lui était proposé. [...] Je pense que dans le secteur des soins et dans le secteur social, on doit lutter contre l'infantilisation des cas, des clients, des patients. Et donc, cette dimension-là est aussi importante. [...] Je ne parle pas de participation. Il ne s'agit pas de ça, puisqu'on est dans un service ou un droit, mais par contre, je parle de contribution à la mise en autonomie de la personne, l'émancipation de la personne, et donc la nécessaire compréhension de ce qui lui est proposé comme mesure. »

Entretien avec un responsable communal

SOLUTIONS REGIONALES

Efficacité des solutions sur la continuité des services de santé et des services sociaux

La **table 10** présente l'efficacité des solutions de gouvernance, organisationnelles et financières sur la continuité des services de santé et des services sociaux selon les professionnels et les pouvoirs publics en région de Bruxelles-Capitale. Deux solutions supplémentaires ont été ajoutées sur base des données qualitatives : la solution « Santé dans toutes les politiques » dans le domaine des solutions de gouvernance et la solution « Services outreach » dans le domaine des solutions organisationnelles. Au plus la valeur est proche de 5, au plus l'impact sur la continuité est considéré comme très important. Au plus la valeur est proche de 1, au plus l'impact sur la continuité des services est considéré comme faible, voire nul.

Le financement forfaitaire pour les soins ambulatoires de santé mentale et les soins de santé primaire était identifié comme la solution la plus efficace sur la continuité des services (moyenne 4.23 ± 1.14) tandis que la première consultation gratuite en médecine générale pour les personnes sans titre de séjour légal avait l'efficacité la moins élevée (1.78 ± 1.51). L'idée d'un financement forfaitaire est relayée dans les commentaires des répondants, que ce soit un forfait global ou un forfait lié à un épisode spécifique comme la grossesse et les soins périnataux.

« Un forfait global par patient quel que soit les services qu'il utilise »

Commentaire laissé sur l'enquête web

Si les CPAS et les communes n'étaient pas parmi les acteurs les plus plébiscités par les répondants à l'enquête web, il ressort des entretiens que le CPAS peut jouer un rôle de coordination ou d'organisation des services, notamment entre les services de santé et les pharmacies, avec une régulation des coûts et de la qualité.

« C'est là par exemple que le rôle d'un CPAS peut jouer. Ça peut être un rôle régulateur aussi. On a constaté, notamment au niveau des aides qu'on octroyait, un dérapage financier très important : des frais de médicaments, des choses du style, donc on s'était dit qu'il doit y avoir... Et ça touchait particulièrement les sans-papiers. Et donc il faut trouver le problème à la source, et à la source il y a deux sources possibles : c'est les médecins qui font les ordonnances ou c'est les pharmaciens qui délivrent les médicaments. Et donc au niveau de la concertation [NDRL : santé], on a essayé de mettre au point un lieu d'échange, on a essayé de voir comment on pouvait avoir des interlocuteurs de l'autre côté qui s'engageaient à contrôler un peu plus les délivrances de médicaments et des choses du style. [...] On [NDRL : le CPAS] s'était dit qu'on va ouvrir notre propre pharmacie comme ça on pourra nous-même maîtriser... et surtout c'est particulièrement les publics sans-papiers, là on a eu un retour de manivelle du monde des pharmaciens. [...] C'est quand même à partir d'un rôle type financier aussi qu'on peut quand même maîtriser une politique au niveau local... Je ne dis pas qu'il faut durcir, qu'il faut diminuer le nombre de médicaments donnés, mais les pharmaciens eux-mêmes ont avoué en fonction de certains patients, s'ils consommaient vraiment tous les médicaments qu'on leur avait donnés, ils ne survivaient pas. »

Entretien avec un président de CPAS

Table 10 : Solutions prioritaires, solutions à exclure et efficacité perçue des solutions de continuité des soins et du social selon les participants du projet CAPP, région de Bruxelles-Capitale, 2015 (n=172)

Solutions pour améliorer la continuité des soins et du social	Efficacité (moyenne SD)	Priorité (%)	Exclusion (%)
<i>Gouvernance</i>			
Intégration			
Fusion des CPAS des 19 communes (G) (L)	3.4 (1.17)	26.1	13.6
Centralisation des compétences à la COCOM (G) (R)	3.7 (1.13)	17.1	7.9
Décentralisation des compétences aux communes (G) (L)	3.6 (1.21)	5.1	37.5
Coordination			
Procédure unique d'accès aux soins en RBC (G) (R)	3.8 (1.13)	41.5	2.3
Services gérés par les CPAS (G) (L)	3.6 (1.36)	7.9	38.6
Linkage			
Santé dans toutes les politiques (G) (R)	1.1 (0.71)	2.3	0
<i>Organisation</i>			
Intégration			
Services agréés pour les personnes en séjour irrégulier (S) (R)	3.4 (1.33)	11.7	12.5
Fusion des maisons médicales avec les centres de santé mentale (G) (R)	3.2 (1.33)	11.4	10.2
Coordination			
Système d'information unique entre les services (G) (R)	3.7 (1.19)	19.3	3.4
Personnel / infrastructures communes entre services (G) (R)	3.7 (1.09)	17.8	1.1
Coordinateurs dans les services (G) (R)	3.3 (1.20)	13.3	2.3
Mutuelles comme coordinateurs des services (G) (R)	2.2 (1.30)	1.9	30.7
CPAS/OCMW comme coordinateurs des services (G) (L)	2.5 (1.33)	1.5	30.7
Linkage			
Réseau de services dans les communes (G) (L)	3.6 (1.10)	13.3	5.7
Plan de soins et de social partagé (G) (R)	3.5 (1.12)	9.8	3.4
Services outreach (G) (R)	1.0 (0.43)	0	0

Table 10 (suite) : Solutions prioritaires, solutions à exclure et efficacité perçue des solutions de continuité des soins et du social selon les participants du projet CAPP, région de Bruxelles-Capitale, 2015 (n=172)

<i>Financement</i>			
<i>Intégration</i>			
Financement forfaitaire de la santé mentale et santé primaire (G) (R)	4.2 (1.14)	14.4	3.4
Forfait majoré pour les personnes précarisées(S) (R)	2.5 (1.39)	14.4	0
Système de payement à la performance (G) (R)	3.0 (1.35)	7.2	27.3
<i>Coordination</i>			
Financement de la coordination (G) (R)	3.0 (1.29)	19.7	2.3
Forfait de coordination par bénéficiaire précarisé (S) (R)	3.3 (1.46)	9.1	10.2
<i>Linkage</i>			
Financement de services à bas-seuil (S) (R)	3.8 (1.17)	13.6	2.3
Soins gratuits en-dessous de 18 ans (S) (R)	2.6 (1.30)	9.1	14.8
Honoraires majorés pour le prestataire soignant des patients précarisés (S) (R)	3.0 (1.29)	6.4	31.8
1 ^{ère} consultation gratuite en médecine générale pour personnes sans titre de séjour (S) (R)	1.8 (1.51)	6.1	7.9

S indique les solutions spécifiques / G indique les solutions génériques

L indique des solutions locales / R indique des solutions régionales

Les valeurs en gras indiquent la valeur la plus élevée par domaine d'intervention (gouvernance, organisation et financement).

Il apparaît que certaines solutions étaient plus controversées que d'autres : ces solutions ont un score moyen faible mais une déviation standard élevée, indiquant que la solution est soit perçue comme ayant un impact très élevé, soit comme ayant un impact très faible. Par exemple, la solution « Allouer aux services un forfait de coordination par patient précarisé inscrit dans le service » avait un score moyen de 3.29 avec une déviation standard de 1.46 : 45 personnes perçoivent cette solution comme étant très efficace (score de 5) mais 35 ont également rapporté une efficacité faible voire nul (score de 1). De même, la solution « Encouragement des CPAS à devenir les pouvoirs organisateurs de services de santé (généraux ou spécialisés) » avait un score moyen de 3.58, avec une déviation standard de 1.36, avec une polarisation des réponses aux deux extrêmes.

La table 11 présente l'impact moyen des solutions de gouvernance, organisationnelles et financières sur la continuité des services de santé et des services sociaux en fonction du niveau d'intégration issu de la typologie de Leutz (1999), à savoir le linkage, la coordination et l'intégration.

Concernant les solutions organisationnelles, les solutions soutenant l'intégration avaient un impact moyen plus élevé (3.31 ± 1.01) que les solutions soutenant la coordination (3.07 ± 0.76) et celles soutenant le linkage (2.70 ± 0.59). Au niveau du financement, ce sont également les solutions d'intégration qui avaient l'efficacité moyenne la plus élevée (3.26 ± 0.81) par rapport aux solutions favorisant la coordination (3.16 ± 1.06) ou le linkage (2.8 ± 0.67). Au contraire, les solutions de gouvernance soutenant la coordination avaient une efficacité moyenne plus élevée (3.69 ± 1.02) que les solutions de linkage (3.62 ± 1.21) et les solutions d'intégration (2.73 ± 0.61).

Dans l'ensemble, tous les participants convergeaient pour déclarer que les solutions organisationnelles et financières du niveau « intégration » avaient un impact plus élevé que les solutions du niveau « coordination » ou du niveau « linkage ». Concernant les solutions de gouvernance, les professionnels de santé et les fonctionnaires estimaient que les solutions de type linkage avaient une efficacité plus élevée la continuité des services tandis que les travailleurs sociaux et les répondants avec une autre profession (exemple : chercheurs) estimaient que les solutions de type coordination avaient un impact plus élevé sur la continuité des services que le linkage ou l'intégration.

Bien que des différences soient observées, celles-ci n'étaient pas statistiquement significatives à l'exception de la différence entre les travailleurs sociaux et les fonctionnaires pour les solutions financières de type intégration (0.77, Intervalle de confiance à 95% 0.15-1.39) et la différence entre les travailleurs sociaux et les professionnels de santé pour les solutions organisationnelles de type organisation (0.55, Intervalle de confiance à 95% : 0.05-1.05). Les différences entre les types de service n'étaient pas statistiquement significatives tout comme les différences en fonction du statut de stakeholder.

Table 11 : Impact moyen des solutions de gouvernance, organisationnelles et financières sur la continuité des services de santé et des services sociaux en fonction du niveau d'intégration issu de la typologie de Leutz et des caractéristiques des répondants (n=172), projet CAPP, 2015, région de Bruxelles-Capitale

	Solutions de gouvernance			Solutions organisationnelles			Solutions financières		
	<i>Linkage</i>	<i>Coordination</i>	<i>Intégration</i>	<i>Linkage</i>	<i>Coordination</i>	<i>Intégration</i>	<i>Linkage</i>	<i>Coordination</i>	<i>Intégration</i>
Professions									
• Professionnels de santé	3.74 (1.13)	3.67 (1.00)	2.71 (0.59)	2.67 (0.62)	3.04 (0.70)	3.11 (0.98)	2.79 (0.64)	3.19 (1.09)	3.22 (0.79)
• Travailleurs sociaux	3.37 (1.36)	3.80 (1.06)	2.83 (0.66)	2.80 (0.48)	3.13 (0.90)	3.66 (1.06)	2.85 (0.68)	3.10 (0.92)	3.48 (0.87)
• Fonctionnaires et assimilés	3.67 (1.24)	3.56 (0.97)	2.80 (0.44)	2.72 (0.55)	3.20 (0.84)	3.50 (0.95)	2.81 (0.80)	3.22 (1.23)	2.70 (0.61)
• Autres professions	3.53 (1.19)	3.63 (1.13)	2.47 (0.71)	2.56 (0.78)	2.85 (0.51)	3.20 (0.86)	2.67 (0.70)	3.07 (1.13)	3.44 (0.66)
Stakeholder									
• N'est pas un stakeholder	3.60 (1.20)	3.70 (1.02)	2.73 (0.62)	2.69 (0.59)	3.06 (0.75)	3.29 (1.00)	2.81 (0.67)	3.19 (1.04)	3.28 (0.81)
• Est un stakeholder	3.90 (1.37)	3.50 (1.03)	2.77 (0.55)	2.93 (0.58)	3.12 (0.92)	3.50 (1.15)	2.60 (0.68)	2.70 (1.36)	2.87 (0.63)
Type de services									
• Services publics	3.71 (1.20)	3.71 (0.92)	2.87 (0.52)	2.76 (0.70)	3.30 (0.71)	3.36 (1.13)	2.78 (0.58)	2.91 (1.13)	3.39 (0.73)
• Services de santé	3.59 (1.20)	3.79 (1.01)	2.71 (0.63)	2.69 (0.59)	3.01 (0.76)	3.14 (0.98)	2.68 (0.70)	3.12 (0.98)	3.12 (0.77)
• Services sociaux	3.34 (1.37)	3.59 (1.13)	2.68 (0.63)	2.75 (0.58)	2.91 (0.85)	3.53 (0.92)	3.01 (0.75)	3.40 (1.11)	3.38 (0.92)
• Autres services	3.79 (1.12)	3.57 (1.03)	2.68 (0.64)	2.64 (0.51)	3.08 (0.71)	3.38 (1.00)	2.87 (0.62)	3.28 (1.08)	3.28 (0.86)
Total	3.62 (1.21)	3.69 (1.02)	2.73 (0.61)	2.70 (0.59)	3.07 (0.76)	3.31 (1.01)	2.80 (0.67)	3.16 (1.06)	3.26 (0.81)

Solutions prioritaires et solutions à exclure en matière de continuité des services de santé et des services sociaux

La **table 12** présente les solutions prioritaires et solutions à exclure pour améliorer la continuité des services de santé et des services sociaux selon les professionnels et les pouvoirs publics. Si la procédure unique d'accès aux soins pour les publics précarisés en région de Bruxelles-Capitale était considérée comme la solution prioritaire en matière de gouvernance (38%), encourager les CPAS à devenir les pouvoirs organisateurs de services de santé était à exclure selon 34% des répondants.

Renforcer le rôle de coordination des CPAS et des mutuelles était également à exclure selon, respectivement 25% et 27% des répondants. La priorité était, par contre, à la centralisation des ressources, tel le système d'information unique (16%) ou l'encouragement des services de santé et sociaux à avoir des infrastructures communes ou du personnel en commun (14%).

Du côté des solutions financières, 23% des répondants ont exclus la majoration des honoraires de consultation octroyés aux professionnels prenant en charge des publics bénéficiant de l'aide du CPAS (AMU...) tandis que 16% estimaient le financement de la coordination des services de santé et des services sociaux doit être prioritaire. Le système de paiement à la performance était également à exclure selon 21% des répondants. Plusieurs répondants insistaient sur le développement de l'évaluation des pratiques actuelles plutôt qu'en financer des nouvelles.

« J'aimerais d'abord qu'on évalue les services existants. Je pense qu'il y a besoin d'une évaluation, une évaluation pas administrative, une évaluation de la pratique, de résultats de leurs pratiques. [...] On aimerait bien savoir ce qu'ils font quoi. »

Extrait d'un entretien avec un responsable communal

« Donner les moyens de collaborer et encourager les bonnes pratiques entre services plutôt que de multiplier la création de services qui gèrent le réseau. »

Commentaire sur les solutions organisationnelles laissé par un participant à l'enquête web

Il est intéressant de noter que, si le financement forfaitaire des soins de santé primaire et de la santé mentale en ambulatoire avait l'efficacité la plus élevée sur la continuité, seuls 12% des répondants estimaient qu'il s'agit d'une solution prioritaire à développer. La procédure unique d'accès aux soins, considérée comme prioritaire par 38% des répondants, avait, par contre, la seconde efficacité la plus élevée sur la continuité des soins (3.8±1.13).

De même, si les répondants semblaient identifier clairement la priorité en matière de solutions de gouvernance, les résultats étaient plus hétérogènes en ce qui concerne les solutions organisationnelles et les solutions financières. Du côté des solutions à exclure, 50% des répondants se prononçaient contre les solutions à mettre en œuvre au niveau des communes et CPAS alors que ces derniers ont la mission d'aide sociale dans leurs compétences. Cependant, dans les entretiens avec des acteurs liés à des communes, ceux-ci mettaient en avant l'avantage de l'approche individuelle et proche de la population que peut développer une commune ou un CPAS. Certains recommandaient de favoriser le CPAS au profit de la commune.

« Un conseiller CPAS, il le devient parce qu'il a envie de l'être, souvent. Et ce sont souvent des gens qui sont issus d'un service social, soit qui ont de l'approche sociale des choses, donc c'est quand même une expertise qu'il n'y a pas nécessairement dans une commune. »

Extrait d'un entretien avec un président de CPAS

Table 12 : Solutions prioritaires et solutions à exclure pour améliorer la continuité des services de santé et des services sociaux selon les professionnels, projet CAPP, 2015, région de Bruxelles-Capitale (n=172)

Solutions pour améliorer la continuité des soins et du social	Priorité (%)	Exclusion (%)
<i>Gouvernance</i>		
Intégration		
Fusion des CPAS des 19 communes (G) (L)	26.1	13.6
Centralisation des compétences à la COCOM (G) (R)	17.1	7.9
Décentralisation des compétences aux communes (G) (L)	5.1	37.5
Coordination		
Procédure unique d'accès aux soins en RBC (G) (R)	41.5	2.3
Services gérés par les CPAS (G) (L)	7.9	38.6
Linkage		
Santé dans toutes les politiques (G) (R)	2.3	0
<i>Organisation</i>		
Intégration		
Services agréés pour les personnes en séjour irrégulier (S) (R)	11.7	12.5
Fusion des maisons médicales avec les centres de santé mentale (G) (R)	11.4	10.2
Coordination		
Système d'information unique entre les services (G) (R)	19.3	3.4
Personnel / infrastructures communes entre services (G) (R)	17.8	1.1
Coordinateurs dans les services (G) (R)	13.3	2.3
Mutuelles comme coordinateurs des services (G) (R)	1.9	30.7
CPAS/OCMW comme coordinateurs des services (G) (L)	1.5	30.7
Linkage		
Réseau de services dans les communes (G) (L)	13.3	5.7
Plan de soins et de social partagé (G) (R)	9.8	3.4
Outreach services (G) (R)	0	0
<i>Financement</i>		
Intégration		
Financement forfaitaire de la santé mentale et santé primaire (G) (R)	14.4	3.4
Forfait majoré pour les personnes précarisées(S) (R)	14.4	0
Système de paiement à la performance (G) (R)	7.2	27.3
Coordination		
Financement de la coordination	19.7	2.3
Forfait de coordination par bénéficiaire précarisé (S) (R)	9.1	10.2
Linkage		
Financement de services à bas-seuil (S) (R)	13.6	2.3
Soins gratuits en-dessous de 18 ans (S) (R)	9.1	14.8
Honoraires majorés pour le prestataire soignant des patients précarisés (S) (R)	6.4	31.8
Première consultation gratuite en médecine générale pour les personnes sans titre de séjour légal (S) (R)	6.1	7.9

Influence des caractéristiques des solutions sur l'efficacité et la priorité

La **table 13** présente les coefficients des moyennes des moindres carrés calculées sur base d'un modèle de régression multivarié testant l'effet des caractéristiques des solutions de continuité des soins sur l'efficacité et la priorité.

Les solutions intégrées et coordonnées étaient perçues comme étant plus efficace que les solutions de linkage ; les solutions coordonnées étaient également perçues comme prioritaires par rapport aux solutions de linkage et intégrées. Cette perception positive de l'efficacité des solutions intégrées a été tempérée par certains répondants en soulignant que les bénéficiaires doivent être aptes à donner un consentement éclairé à l'échange de renseignements personnels entre les professionnels. De même, les répondants ont mis en évidence que les solutions de coordination ne sont efficaces que si elles sont soutenues par un leadership fort / une autorité. S'il avait consensus autour de la nécessité d'un leadership fort, l'identité de ce leader reste à déterminer. De même, plusieurs participants ont souligné la nécessité d'une évaluation approfondie des pratiques existantes en matière de santé et de services sociaux.

Si des solutions de financement ont été perçues comme étant les plus efficaces, les solutions de gouvernance étaient par contre considérées comme prioritaires par rapport aux solutions organisationnelles et de financement. Cette divergence entre la priorité et l'efficacité peut s'expliquer en partie par une résistance au changement entre les acteurs de la santé et des services sociaux.

La même contradiction a été observée pour le niveau d'intervention : des solutions locales ont été perçues plus efficaces que les régionales, mais les répondants ont priorisé les solutions régionales par rapport aux solutions locales. Ces résultats sont consistants avec une préoccupation récurrente dans les discours des intervenants. La mise en œuvre des solutions a besoin d'une définition claire de la territorialité avec un fort enracinement local.

En ce qui concerne les solutions génériques, elles étaient à la fois perçues comme prioritaires et efficaces par rapport aux interventions ciblées. Des entretiens, une tension entre l'équité verticale et horizontale a émergé. Face à une solution se concentrant directement sur un groupe spécifique, les répondants ont eu tendance à insister sur la nécessité de solutions génériques qui peuvent soutenir l'ensemble de la population.

Comme le montre la **table 13**, l'efficacité des solutions est augmentée lorsque la solution est une solution intégrée organisationnelle. Cependant, les solutions organisationnelles de linkage sont prioritaires par rapport aux solutions organisationnelles coordonnées et intégrées. De même, les solutions politiques coordonnées sont plus efficaces et prioritaires que les solutions de gouvernance de linkage ou intégrées. Dans le domaine du financement, des solutions intégrées et coordonnées sont plus efficaces que les solutions de liaison, mais les solutions financières coordonnées ont été priorisées par rapport aux solutions financières intégrées et de liaison. Bien qu'elles soient les plus susceptibles de renforcer l'autonomie des participants, les solutions de liaison ont été peu désignées comme étant prioritaires. Seul un expert lors du groupe focal a mentionné l'importance de faire participer les bénéficiaires aux processus de prise de décision. Au cours des entrevues, seuls trois participants ont souligné que les bénéficiaires devaient être associés au processus d'évaluation.

Table 13 : Coefficients de régressions des modèles multivariés de l'efficacité perçue et de la priorité des solutions de continuité des soins et du social par caractéristiques de solutions, Bruxelles, 2015-2016 statistiques

	Efficacité ¹			Priorité ²		
	Coefficient	Statistique T	IC95%	Coefficient	Statistique T	IC95%
Intercept	2.6	37.7	[2.5-2.7]	2.4	46.2	[2.2-2.5]
Effets principaux						
<i>Modèles de continuité</i>						
Intégration	3.2	54.9	[3.1-3.3]	2.2	53.2	[2.1-2.3]
Coordination	3.2	53.8	[3.1-3.3]	2.5	59.5	[2.4-2.6]
Linkage	2.9	54.3	[2.8-3.0]	2.2	58.2	[2.1-2.2]
<i>Domaines d'interventions</i>						
Gouvernance	3.0	41.4	[2.8-3.1]	2.4	43.1	[2.3-2.4]
Organisation	3.1	53.5	[2.9-3.1]	2.2	55.5	[2.1-2.3]
Financement	3.2	57.6	[3.1-3.3]	2.3	58.2	[2.2-2.4]
<i>Degré de spécificité</i>						
Interventions spécifiques	2.8	36.9	[2.7-3.0]	2.2	38.6	[2.1-2.4]
Interventions génériques	3.4	67.5	[3.3-3.5]	2.3	70.3	[2.3-2.5]

Table 13 (suite) : Coefficients de régressions des modèles multivariés de l'efficacité perçue et de la priorité des solutions de continuité des soins et du social par caractéristiques de solutions, Bruxelles, 2015-2016 statistiques

<i>Niveaux d'interventions</i>						
Interventions locales	3.2	52.3	[3.1- 3.4]	2.1	46.6	[2.0-2.2]
Interventions régionales	2.9	67.1	[2.8- 3.0]	2.5	90.3	[2.4-2.5]
Interactions						
Gouvernance*Intégration	2.5	30.2	[2.4- 2.6]	2.1	33.8	[2.0-2.2]
Gouvernance*Coordination	3.4	36.9	[3.2- 3.6]	2.8	40.2	[2.7-3.0]
Gouvernance*Linkage	3.1	26.0	[2.9- 3.4]	2.2	21.7	[1.9-2.3]
Organisation*Intégration	3.9	31.5	[3.6- 4.1]	2.2	23.4	[2.0-2.4]
Organisation*Coordination	3.0	39.6	[2.8- 3.0]	2.2	40.8	[2.1-2.3]
Organisation*Linkage	2.4	29.9	[2.3- 2.6]	2.3	36.1	[2.1-2.4]
Financement*Intégration	3.3	43.9	[3.2- 3.4]	2.2	40.1	[2.1-2.3]
Financement*Coordination	3.3	38.8	[3.1- 3.4]	2.5	38.2	[2.4-2.6]
Financement*Linkage	3.2	38.8	[3.0- 3.3]	2.2	35.4	[2.1-2.4]

p-valeur <0.0001

BIC pour l'efficacité perçue = 15124.5

BIC pour la priorité= 13150.65

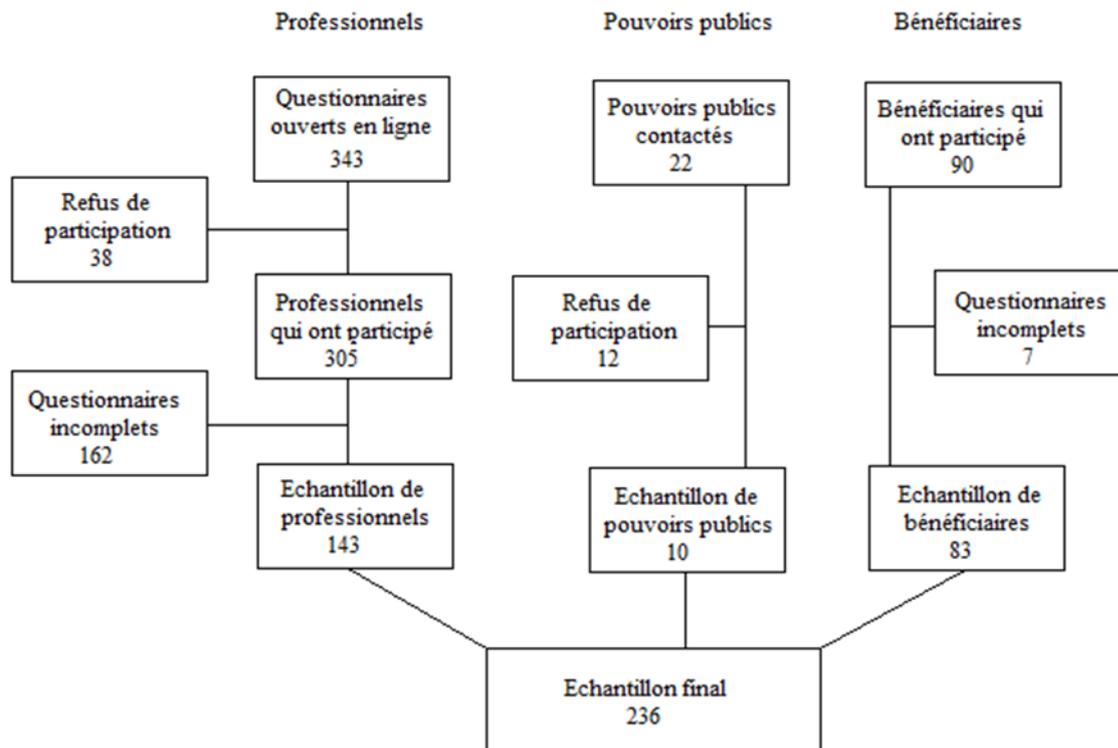
¹Modèle multivarié pour l'efficacité perçue : efficacité perçue = intercept + domaines d'intervention + modèles de continuité + domaines d'interventions*modèles de continuité + degré de spécificité + niveau d'intervention

²Modèle multivarié pour la priorité = intercept + domaines d'intervention + modèles de continuité + domaines d'interventions*modèles de continuité + degré de spécificité + niveau d'intervention

SOLUTIONS INDIVIDUELLES

Le **schéma 2** présente l'évolution de la taille de l'échantillonnage. Le taux de participation des professionnels, bénéficiaires et pouvoir public est de 89%. Chez les professionnels participants, 162 (53,1%) n'ont pas terminé leur questionnaire. L'échantillon final de ce mémoire est donc constitué de 143 professionnels, 10 représentants des pouvoirs publics et 83 bénéficiaires, soit 236 répondants.

Schéma 2 : Evolution de la taille de l'échantillonnage – partie expérimentale



Différences dans les choix des modèles de continuité des soins et du social

La **table 14** présente les choix des modèles de continuité des soins et du social pour tous les répondants confondus (n=236) et indépendamment des déterminants individuels analysés. Les choix entre les modèles de continuité des soins et du social étaient significativement différents dans les quatre dimensions de la continuité des soins et du social ($p < 0.001$). Dans toutes les dimensions de la continuité des soins et du social, le modèle d'intégration était privilégié par les répondants et que les préférences envers ce modèle sont relativement stables d'une dimension à l'autre alors que les préférences envers les modèles de linkage et de coordination variaient selon les dimensions. Toutes dimensions confondues, le modèle d'intégration était préféré par 48% des répondants suivi par le modèle de coordination puis de linkage (27.9% et 24.1%). Néanmoins, dans les dimensions d'accessibilité et de communication, le modèle de linkage prévalait sur le modèle coordonné.

Dans la dimension d'accessibilité, les préférences envers le modèle intégré et le modèle de linkage étaient très proches (43.2% et 40.3%). Dans la dimension de flexibilité, les préférences étaient également très proches entre le modèle intégré (46.2%) et le modèle coordonné (42.8%).

Table 14 : Choix des modèles de continuité des soins et du social (CSS) pour tous les répondants ayant participé au projet CAPP, Bruxelles, 2015-2016 (n = 236)

<i>Modèles de CSS</i>	<i>Dimensions de CSS</i>				
	Accessibilité n (%)	Communication n (%)	Globalité n (%)	Flexibilité n (%)	TOT n (%)
Linkage	95 (40.3)	63 (26.7)	44 (18.6)	26 (11)	228 (24.1)
Coordination	39 (16.5)	52 (22)	71 (30.1)	101 (42.8)	263 (27.9)
Intégration	102 (43.2)	121 (51.3)	121 (51.3)	109 (46.2)	453 (48)
χ^2	30.31	34.94	38.8	53.3	
p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	

Influence des déterminants individuels sur les choix des modèles de continuité des soins et du social

La **table 15** présente l'influence des différents déterminants (mutuelle, logement, comorbidité psychiatrique) sur les préférences en termes de modèles de continuité des soins et du social de tous les répondants confondus (n=236). L'influence de chaque déterminant a été analysée individuellement en fonction de la présence ou de l'absence de celui-ci dans les vignettes cliniques expérimentales.

Dans la dimension de communication, les préférences étaient significativement différentes en fonction de la présence ou absence de mutuelle ($\chi^2=10.71$, $p=0.005$) et de la présence ou absence de logement ($\chi^2=6.29$, $p=0.04$). L'absence des deux déterminants induisait une augmentation des préférences envers le modèle d'intégration et une diminution des préférences envers le modèle de linkage et de coordination.

De manière générale, l'absence de logement et l'absence de mutuelle induisaient une diminution des préférences envers un modèle de linkage et une augmentation des préférences envers un modèle d'intégration ou de coordination même si ces différences n'étaient pas toujours significatives. La présence d'une comorbidité psychiatrique quant à elle induisait de manière générale une augmentation des préférences envers un modèle de coordination et une diminution des préférences envers un modèle de linkage ou d'intégration mais ces différences n'étaient pas significatives.

Influence de la mutuelle sur les préférences des répondants

Dans la dimension de communication, les choix des modèles de continuité des soins et du social étaient significativement différents en fonction de la présence ou de l'absence de mutuelle ($\chi^2=10.71$, $p=0.005$). En l'absence de mutuelle, les préférences envers le modèle intégré augmentaient (de 40% à 60.7%), que les préférences envers un modèle de linkage diminuaient (de 35.3% à 17.9%) et que les préférences envers le modèle coordonné étaient peu influencées (de 22.7% à 21.4%). Il est important de préciser que le modèle intégré dans la dimension de communication était privilégié par les répondants que la mutuelle soit présente ou non.

L'absence de mutuelle induisait dans la dimension d'accessibilité une augmentation des préférences pour le modèle de linkage mais les différences n'étaient pas significatives et le modèle intégré restait privilégié.

C'est dans la dimension de flexibilité que la variable « mutuelle » influençait le moins le choix d'un modèle de continuité des soins et du social ($\chi^2=1.31$, $p=0.52$).

Influence du logement sur les préférences des répondants

Dans la dimension de communication, la présence ou absence de logement induisait des différences significatives dans les choix des modèles de continuité des soins et du social même si le modèle intégré reste privilégié ($\chi^2=6.29$, $p=0.04$). Comme pour l'absence de mutuelle, l'absence de logement augmentait les préférences envers un modèle intégré (de 44.1% à 59.6%), une diminution des préférences envers un modèle de linkage (de 32.3% à 20.2%) et une relative stabilité des préférences envers le modèle coordonné (de 23.6% à 20.2%).

Dans les autres dimensions, l'absence de logement augmentait systématiquement les préférences envers un modèle intégré et une diminution des préférences envers un modèle de linkage mais ces différences ne sont pas significatives.

C'est dans la dimension de flexibilité que la variable « logement » influençait le moins le choix d'un modèle de continuité des soins et du social ($\chi^2=0.54$, $p=0.76$).

Influence de la comorbidité psychiatrique sur les préférences des répondants

Dans les quatre dimensions, la présence ou l'absence de comorbidité psychiatrique ne donnait pas lieu à des différences significatives dans les choix des modèles de continuité des soins et du social.

À l'exception de la dimension de flexibilité, la présence d'une comorbidité psychiatrique augmentait de manière générale mais non significative les préférences envers un modèle coordonné et une diminution des préférences envers un modèle intégré ou de linkage même si le modèle intégré restait privilégié.

C'est dans la dimension de communication que la variable « comorbidité psychiatrique » influençait le moins le choix d'un modèle de continuité des soins et du social ($\chi^2=0.42$, $p=0.8$).

Table 15 : Choix des modèles de continuité des soins et du social selon les déterminants individuels pour tous les répondants ayant participé au projet CAPP, Bruxelles, 2015-2016 (n=236)

Dimensions et modèles de continuité des soins et du social	Déterminants individuels												TOT n (%)
	Déterminants sociaux				Logement				Déterminant santé Comorbidité psychiatrique				
	Mutuelle		χ^2	P-value	Oui		Non		χ^2	P-value	Oui		
Oui n (%)	Non n (%)	n (%)			n (%)	n (%)	n (%)						
Accessibilité													
Linkage	46 (38.7)	49 (41.9)			52 (40.9)	43 (39.4)			44 (37.3)	51 (43.2)			95 (40.3)
Coordination	24 (20.2)	15 (12.8)	2.31	0.31	23 (18.1)	16 (14.7)	0.78	0.68	26 (22)	13 (11)	5.2	0.07	39 (16.5)
Intégration	49 (41.1)	53 (45.3)			52 (41)	50 (45.9)			48 (40.7)	54 (45.8)			102 (43.2)
Communication													
Linkage	42 (35.3)	21 (17.9)			41 (32.3)	22 (20.2)			33 (28)	30 (25.4)			63 (26.7)
Coordination	27 (22.7)	25 (21.4)	10.71	0.005	30 (23.6)	22 (20.2)	6.29	0.04	27 (22.9)	25 (21.2)	0.42	0.8	52 (22)
Intégration	50 (42)	71 (60.7)			56 (44.1)	65 (59.6)			58 (49.1)	63 (53.4)			121 (51.3)
Globalité													
Linkage	27 (22.7)	17 (14.5)			30 (23.6)	14 (12.8)			19 (16.1)	25 (21.2)			44 (18.6)
Coordination	36 (30.2)	35 (29.9)	2.94	0.23	32 (25.2)	39 (35.8)	5.84	0.05	44 (37.3)	27 (22.9)	5.89	0.05	71 (30.1)
Intégration	56 (47.1)	65 (55.6)			65 (51.2)	56 (51.4)			55 (46.6)	66 (55.9)			121 (51.3)
Flexibilité													
Linkage	15 (12.6)	11 (9.4)			14 (11)	12 (11)			15 (12.7)	11 (9.3)			26 (11)
Coordination	47 (39.5)	54 (46.2)	1.31	0.52	57 (44.9)	44 (40.4)	0.54	0.76	47 (39.8)	54 (45.8)	1.18	0.55	101 (42.8)
Intégration	57 (47.9)	52 (44.4)			56 (44.1)	53 (48.6)			56 (47.5)	53 (44.9)			109 (46.2)

Influence du statut des répondants sur les choix des modèles de continuité des soins et du social

La **table 16** présente les différences dans les choix de modèles de continuité des soins et du social en fonction des statuts des répondants (bénéficiaires, professionnels, pouvoirs publics et experts) et indépendamment des déterminants analysés (logement, mutuelle, comorbidité psychiatrique).

Des différences significatives ont été observées selon le statut des répondants dans les choix des modèles de continuité des soins et du social dans les dimensions de globalité ($\chi^2=14.74$, $p=0.005$) et de flexibilité ($\chi^2=23.54$, $p<0.001$). Dans la dimension de globalité, les bénéficiaires préféraient un modèle coordonné tandis que les professionnels et les experts/pouvoirs publics préféraient un modèle intégré. De même dans la dimension de flexibilité, les bénéficiaires préféraient un modèle coordonné tandis que les professionnels et les experts/pouvoirs publics préféraient un modèle intégré.

C'est dans la dimension de communication que le statut des répondants influençait le moins les préférences envers les modèles de continuité des soins et du social ($\chi^2=0.74$, $p=0.94$). En effet, tous statuts confondus, le modèle intégré était privilégié, suivi du modèle de linkage puis du modèle coordonné.

Dans la dimension d'accessibilité, les différences n'étaient pas significatives ($\chi^2=4.07$, $p=0.39$) bien que les pouvoirs publics/experts et les professionnels préféraient un modèle de linkage et que les bénéficiaires préféraient un modèle intégré.

Table 16 : Choix des modèles de continuité des soins et du social selon le statut des répondants ayant participé au projet CAPP, Bruxelles, 2015-2016 (n=236)

Dimensions et modèles de continuité des soins et du social	Statut des répondants			χ^2	p-value	TOT n (%)
	Bénéficiaires n (%)	Professionnels n (%)	Pouvoirs publics et experts n (%)			
Accessibilité						
Linkage	29 (34.9)	53 (41.4)	13 (52)	4.07	0.39	95 (40.3)
Coordination	12 (14.5)	24 (18.8)	3 (12)			39 (16.5)
Intégration	42 (50.6)	51 (39.8)	9 (36)			102 (43.2)
Communication						
Linkage	23 (27.7)	32 (25)	8 (32)	0.74	0.94	63 (26.7)
Coordination	17 (20.5)	30 (23.4)	5 (20)			52 (22)
Intégration	43 (51.8)	66 (51.6)	12 (48)			121 (51.3)
Globalité						
Linkage	15 (18.1)	23 (18)	6 (24)	14.74	0.005	44 (18.6)
Coordination	36 (43.4)	33 (25.8)	2 (8)			71 (30.1)
Intégration	32 (38.5)	72 (56.2)	17 (68)			121 (51.3)
Flexibilité						
Linkage	17 (20.5)	8 (6.3)	1 (4)			26 (11)
Coordination	43 (51.8)	46 (35.9)	12 (48)	23.54	<0.001	101 (42.8)
Intégration	23 (27.7)	74 (57.8)	12 (48)			109 (6.2)

Influence des combinaisons des déterminants sur les choix des modèles de continuité des soins et du social

La **table 17** présente l'influence des différentes situations cliniques sur les préférences des répondants en termes de modèles de continuité des soins et du social. Les différentes situations cliniques représentent les différentes combinaisons des trois déterminants individuels.

Dans les différentes situations cliniques, la présence d'une comorbidité psychiatrique donnait lieu à une probabilité significative de privilégier un modèle coordonné et de ne pas privilégier un modèle de linkage dans la dimension de globalité.

La **table 18** présente les différences dans les choix des modèles selon deux situations cliniques opposées et sans tenir compte des différentes dimensions de la continuité des soins et du social. Nous avons comparé les choix dans une situation clinique favorable où la personne a un logement, une mutuelle et n'a pas de comorbidité psychiatrique à ceux dans une situation clinique défavorable où la personne n'a pas de logement, pas de mutuelle et a une comorbidité psychiatrique. Les choix de modèles de continuité des soins et du social entre les deux situations cliniques étaient significativement différents ($\chi^2 = 7.5$, $p=0.04$). En effet, dans une situation clinique favorable, les répondants privilégiaient indépendamment des dimensions un modèle de linkage (43%) alors que dans la situation opposée dite défavorable, les répondants privilégiaient le modèle de l'intégration (47%).

Table 17 : Influence des différentes situations cliniques sur le choix en matière de modèles de continuité des soins et du social des répondants ayant participé au projet CAPP, Bruxelles, 2015-2016 (n=236)

Situations cliniques	Linkage OR (CI95%)				Coordination OR (CI95%)				Integration OR (CI95%)						
	Dim I	Dim II	Dim III	Dim IV	Dim I	Dim II	Dim III	Dim IV	Dim I	Dim II	Dim III	Dim IV			
Diabète II	Mutuelle	Logement	Com. PSY →	0.62 (0.23-1.68)	0.55 (0.20-1.49)	0.22 (0.07-0.70)	0.86 (0.21-3.54)	2.60 (0.70-9.74)	6.52 (1.63-26.13)	10.10 (2.04-50.10)	0.91 (0.34-2.45)	0.90 (0.33-2.44)	0.56 (0.19-1.62)	0.81 (0.30-2.17)	1.17 (0.44-3.14)
			Com. PSY →	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	Mutuelle	Logement	Com. PSY →	0.45 (0.16-1.3)	0.56 (0.20-1.55)	0.19 (0.05-0.66)	0.97 (0.23-4.01)	3 (0.80-11.30)	2.81 (0.63-12.49)	13.86 (2.777-69.37)	0.51 (0.17-1.47)	0.92 (0.33-2.56)	1.21 (0.44-3.36)	0.73 (0.26-2.01)	1.90 (0.69-5.25)
			Com. PSY →	0.82 (0.29-2.1)	0.18 (0.052-0.64)	0.09 (0.02-0.46)	0.48 (0.08-2.72)	0.98 (0.20-4.81)	2.46 (0.53-11.41)	7.11 (1.36-37.15)	0.93 (0.33-2.60)	1.22 (0.44-3.43)	3.05 (1.05-8.84)	1.8 (0.64-5.08)	1.42 (0.51-3.99)
	Mutuelle	Logement	Com. PSY →	0.54 (0.19-1.47)	0.24 (0.08-0.73)	0.21 (0.06-0.70)	0.86 (0.21-3.54)	2.2 (0.57-8.35)	1.53 (0.31-7.45)	5.56 (1.08-28.67)	0.80 (0.29-2.15)	1.17 (0.44-3.14)	2.93 (1.07-8.06)	1.56 (0.58-4.15)	1.34 (0.50-3.57)
			Com. PSY →	1.1 (0.39-2.79)	0.29 (0.09-0.86)	0.17 (0.048-0.58)	0.19 (0.02-1.76)	1.11 (0.25-4.88)	4.22 (1.02-17.41)	6.54 (1.29-33.25)	1.54 (0.58-4.09)	0.90 (0.33-2.44)	1.51 (0.56-4.06)	1.56 (0.58-4.15)	1.03 (0.38-2.77)
	Mutuelle	Logement	Com. PSY →	1.30 (0.48-3.54)	0.27 (0.09-0.84)	0.24 (0.07-0.79)	0.69 (0.15-3.21)	0.58 (0.10-3.41)	1.72 (0.35-8.43)	8.88 (7.75-45.10)	1.27 (0.46-3.45)	0.92 (0.33-2.44)	2.91 (1.03-8.20)	0.97 (0.36-2.65)	0.92 (0.33-2.56)
			Com. PSY →	0.56 (0.20-1.60)	0.08 (0.016-0.39)	0.14 (0.04-0.56)	0.72 (0.15-3.21)	0.60 (0.10-3.55)	3.61 (0.84-15.64)	6.74 (1.29-35.08)	0.87 (0.31-2.42)	2.1 (0.74-5.81)	3.23 (1.12-9.303)	1.64 (0.59-4.54)	1.32 (0.48-3.67)

Dim I : Accessibilité, Dim II : Communication, Dim III : Globalité, Dim IV : Flexibilité

** p-value <0.01 * p-value <0.05

Table 18 : Choix des modèles de continuité des soins et du social selon deux situations cliniques opposées, projet CAPP, Bruxelles, 2015-2016 (n=241)

Modèles de CSS	Situation favorable (n = 129)	Situation défavorable (n = 112)	χ^2 p-value
	MUT, LOG, CO-PSY n (%)	MUT, LOG, CO PSY n (%)	
Linkage	54 (43)	29 (26)	7.5
Coordination	25 (19)	30 (27)	0.04
Intégration	49 (38)	53 (47)	

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES DU GROUPE FOCAL

Les échanges ont fait l'objet d'une analyse thématique. Les résultats sont donc présentés par thème et non ad verbatim.

Thème 1 : Financement

Dans un contexte de ressources limitées, il est attendu des acteurs et des institutions qu'elles fassent mieux avec le même budget disponible. Cependant, les modes de financement actuels ne concordent pas avec les réalités opérationnelles : ils tendent à favoriser des grosses structures ou organisations, au détriment d'un paysage associatif diversifié. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il est plus facile d'adapter le secteur aux sources de financement que l'inverse.

Des modalités alternatives de financement sont proposées, par exemple une intervention de la CoCom pour les prestations non couvertes par l'Etat Fédéral.

Certains participants suggèrent une nouvelle approche pour la répartition des financements : approche par strate où la sélection se fait sur les plus précaires des précaires. Cependant, se pose la question de ceux qui font les choix, de leurs critères et de la vision de la société qui y est sous-jacente.

Thème 2 : Définition des publics-cibles et des objectifs

Qu'il s'agisse de l'accès ou du financement des services, la question du public cible est revenue à plusieurs reprises. Une clarification semble nécessaire à différents niveaux :

- Le financement vise-t-il les prestations délivrées, les utilisateurs consommant les prestations ou les structures qui délivrent les prestations ?
- Est-ce que le financement doit servir la mise en cohérence des services ou est-ce l'inverse ?
- Est-ce que l'objectif est d'assurer la continuité des services entre eux ou la continuité des prestations délivrées par des services différents ?
- Est-ce que l'aide sociale doit être un droit collectif, géré par les pouvoirs publics, ou un droit individuel, mis en œuvre par le privé ?
- Est-ce que l'organisation s'intéresse à toute la population ou à des sous-publics précarisés ?
- Est-ce que le système doit se focaliser sur toute la population, sur la population précaire ou sur une fraction de la population (exemple : les personnes assurables) ?
- Est-ce que les prestataires de services travaillent pour le bien-être du bénéficiaire ou pour le bien-être des prestataires eux-mêmes ?

La diversité des parcours des utilisateurs et la multiplicité des services empêchent l'identification des besoins et donc des réponses à y apporter.

Parmi les fonctions du système, il est important de clarifier qui décide, qui paie, qui preste et qui contrôle les prestations de services. Le CPAS/OCMW apparait comme l'un des acteurs dont les objectifs et missions doivent être (re)définis au vu des difficultés identifiées. Les CPAS/OCMW doivent-ils continuer à exercer la triple fonction de payeur, contrôleur et fournisseur de services ou certaines de ces fonctions doivent-elles être transférées à d'autres acteurs comme la CAAMI dans le système MediPrima. Si le CPAS/OCMW n'est pas considéré comme l'acteur pouvant maintenir l'utilisateur dans le système, selon certains participants, il a néanmoins besoin d'accéder à des informations qui lui permettront de contribuer à la continuité des services.

Afin de résoudre ces questions, il est proposé de définir le cadre et d'ensuite y appliquer une modalité de financement. La définition du cadre nécessite d'identifier les besoins et d'identifier les

missions qui peuvent répondre à ces besoins. Les acteurs sont ensuite amenés à rentrer dans le cadre.

Thème 3 : Amélioration de la cohérence

Les participants reconnaissent la nécessité d'améliorer la cohérence politique et organisationnelle. Ils pointent le paradoxe entre l'efficacité et la priorité comme étant une illustration de l'équilibre entre financements et compétences au sein d'un même espace. Si le politique, par son absence de cohésion, crée de la fragmentation et de la segmentation, le paysage associatif concourt également à cette fragmentation, fragmentation renforçant l'exclusion des plus précaires. La question de l'amplitude de l'offre est posée : peut-être qu'il y a trop de choses proposées et que l'amélioration de la cohérence permettrait de mieux utiliser l'expertise disponible. De plus, la formalisation ne s'oppose pas à la diversité des parcours, comme le rappelle un participant. Par exemple, il est mentionné que le système s'est longtemps reposé sur la désinformation des utilisateurs : une automatisation du système permettrait d'augmenter l'accès à l'information- bien que des participants mettent en garde : si tous les utilisateurs font valoir leurs droits, l'accès pourrait être saturé ou le système déséquilibré financièrement.

Au niveau de la cohérence politique, les acteurs attendent un positionnement politique clair avec le développement d'une vision globale intersectorielle. En ce sens, les politiques pourraient être ceux qui font en sorte que les acteurs travaillent ensemble, prônant la concertation pour améliorer l'efficacité. Il est proposé qu'une des priorités soit d'arriver à ce que les autorités aient une politique commune, qu'ils développent une vision globale et non sectorielle, en amont de la mise en œuvre de solutions opérationnelles. D'autres participants estiment que ce serait à l'associatif de faire remonter – via la recherche par exemple – ce qui fonctionne vers les politiques pour soutenir la prise de décision, avec un travail de (re)mettre ces initiatives dans les cases qui existent. Il apparaît en tout cas important d'avoir une meilleure vue sur les choix et les arbitrages car, pour le moment, ils semblent être le résultat d'interactions chaotiques à des micro-niveaux.

La réticence à partager les compétences sectorielles est un des freins possibles de même que les résistances culturelles, identitaires et professionnelles. Il est à noter que certains participants signalent une culture soutenant l'intégration, allant même jusqu'à parler d'un nouvel imaginaire de travail.

Au niveau de la cohérence entre les services, l'accent est mis sur l'échange d'informations entre les acteurs concernés. Il existe une volonté de travailler sur des procédures existantes et de les simplifier. A plusieurs reprises, il est rappelé l'importance de partir de l'existant comme les réseaux et les plateformes, et de restructurer le système bien que certains participants proposent de construire quelque chose de nouveau, qui n'est pas une fusion.

Il serait, selon certains participants, nécessaire de trouver une forme d'articulation des modalités linkage/coordination/intégration à travers les domaines de gouvernance/organisation /financement où il n'y aura pas la même logique opérationnelle dans les services chargés de la prestation. Il s'avère nécessaire d'avoir une concertation sur des offres combinées. Les participants convergent pour dire qu'il n'y aura pas une solution unique mais il reste une crainte à imposer un modèle. Certains participants temporisent en rappelant que les associations et secteurs se trouvent dans une logique où ils s'adaptent à ce qui existe : repenser tout le système pourrait être un biais. L'amélioration de la cohérence peut passer par de l'intégration verticale et horizontale : pas uniquement sous forme de méga structures mais également via la meilleure structuration du réseau et le renforcement du maillage. L'intégration doit être pensée comme la responsabilité des acteurs.

L'échange d'informations et la mise en cohérence ne peuvent pas se faire au détriment de la préservation de l'autonomie et de l'identité des acteurs. L'alternative serait de *pooler* les ressources

disponibles en conservant des pouvoirs organisateurs séparés. Certaines modalités de gouvernance sont susceptibles de préserver l'autonomie des structures, comme dans le cas d'un plan global avec un ancrage local et flexible. Une application serait d'avoir un seuil minimal d'accès aux soins garanti et commun à tous les CPAS/OCMW, avec une portabilité du droit d'une commune à l'autre, mais avec la possibilité pour les CPAS/OCMW qui le souhaitent de faire usage de leur pouvoir discrétionnaire pour faire plus. L'exemple contraire serait d'imposer le système forfaitaire des maisons médicales – avec l'abonnement – à tous les services alors que certains services refusent de mettre en place un système d'enregistrement car il est contraire à leur philosophie de travail. Cependant, certains participants estiment que la cohésion et la cohérence ne peuvent exister indépendamment d'une modification du mode de financement des services.

Thème 4 : L'utilisateur des services

Les utilisateurs en situation de précarité sont plus à risque de voir leurs choix contraints et leur autonomie diminuée à cause des mécanismes de contrôle. Certains participants opposent la préservation de l'autonomie des utilisateurs au besoin de coordination formelle et organisée. Les systèmes d'échange d'information entre secteurs et services s'opposent à la préservation de l'anonymat et de la confidentialité des informations des utilisateurs qui sont peu ou pas informés de l'usage de ces données.

Certaines solutions comme le Projet Individuel d'Intégration Sociale soulèvent des questions éthiques : si le PIIS est un contrat entre l'utilisateur et le CPAS/OCMW, que se passe-t-il en cas de non-respect des conditions ?

Plusieurs participants insistent sur la nécessité de séparer le contrôle de l'aide, voire d'appliquer la couverture universelle et de supprimer toute décision discrétionnaire dès lors qu'il s'agit d'un besoin de santé. Afin de guider la réflexion, un participant propose de considérer toute la problématique de la continuité par l'angle des droits de l'homme. Cela permettrait de contrer un autre écueil : le fait que le rationnement des services se fasse pour une population générale, avec comme conséquence que ces choix excluent de façon consciente ou inconsciente la population la plus précaire.

Il est nécessaire de prendre en compte le point de vue de l'utilisateur, et leur laisser la possibilité d'avoir du choix : c'est, en partie, parce que les utilisateurs ont le choix que le système bruxellois avec son réseau de services extrêmement dense reste efficient, comme le rappelle un participant.

En plus d'améliorer l'information en différentes langues – l'exemple des règlements d'ordre intérieur a été cité – et de (re)former les prestataires à l'écoute et à l'empowerment, certains participants rappellent que les professionnels doivent être capables d'accompagner les utilisateurs dans leurs choix. Cela nécessite de sortir du cadre institutionnel, d'aller vers l'utilisateur et de stratifier l'aide et le soin à partir du service que l'utilisateur va consulter. Une meilleure structuration du système permettrait de prévoir différents trajets tout en gardant l'intégrité de l'utilisateur.

Les utilisateurs pourraient être associés aux mécanismes de prise de décision par le biais de forums citoyens, propose un participant.

RECOMMANDATIONS POUR LA RÉGION BRUXELLES-CAPITALE

Recommandation 1 : Augmenter la coordination dans le domaine de la gouvernance

Justification : Une solution politique sera d'autant plus efficace et prioritaire si elle est coordonnée. En effet, tant pour les professionnels que les pouvoirs publics, la multiplicité des niveaux de gouvernance et le manque de concertation entre les différents acteurs est un des obstacles majeurs à une continuité des soins et du social au niveau politique. Cela se répercute sur les niveaux organisationnels et financiers, certaines associations ou services dépendant d'agrément multiples. Pour les bénéficiaires, l'absence de coordination complique leur accès aux services, notamment pour des raisons administratives. Près d'un bénéficiaire interrogé sur deux a déclaré avoir dû reporter ou annuler des soins pour des problèmes administratifs ou financiers. La responsabilité de cette coordination pourrait être endossée par une institution fédératrice au niveau de la région de Bruxelles-Capitale, soit la Région Bruxelloise, soit la Commission Communautaire Commune. Il ressort de notre enquête un consensus autour de l'importance d'avoir un leader clair et pourvu de l'autorité nécessaire pour s'assurer de la coordination de la gouvernance. Cette recommandation est perçue comme prioritaire par les répondants et devrait donc être implémentée dans les meilleurs délais.

Impact sur la continuité des soins et du social : amélioration de l'accessibilité et de la circulation de l'information, réduction de la fragmentation politique et administrative

Exemple : Instaurer une procédure unique d'accès aux services constituerait une première étape dans l'amélioration de la coordination, il s'agirait par exemple que les 19 CPAS aient le même niveau d'exigences lors de l'ouverture des droits ou de l'application de ces droits, comme généraliser la pratique de la carte médicale. Les 19 CPAS ont précédemment fait l'expérience de se coordonner sur la liste des médicaments de classe D pris en charge dans toutes les communes.

Recommandation 2 : Soutenir des solutions financières intégrées

Justification : Les solutions financières intégrées sont perçues comme étant les plus efficaces pour améliorer la continuité des soins et du social dans la région de Bruxelles-Capitale. De plus les problèmes de santé mentale sont une des affections les plus fréquentes en région de Bruxelles-Capitale et contribuent pour une grande part à la prévalence des incapacités de travail de longue durée parmi la population en âge de travail.

Dès lors, faciliter l'accès financier à la santé mentale permettrait de la rendre plus accessible à des publics précarisés et d'inscrire la prise en charge dans la continuité.

De plus, le financement forfaitaire est susceptible de garantir une stabilité financière pour les services et professionnels. Bien que les mutualités n'aient pas été identifiées comme un acteur à mobiliser dans l'amélioration de la continuité des soins et du social, il apparaît néanmoins indispensable de les associer aux discussions autour de cette recommandation.

Impact sur la continuité des soins et du social : amélioration de l'accessibilité aux services de santé mentale ambulatoire, amélioration de la circulation de l'information entre santé mentale et santé primaire avec renforcement du travail interdisciplinaire, renforcement de la globalité des prises en charge

Exemple : développer un financement forfaitaire pour les soins de santé mentale ambulatoire et soins de santé primaire sur le modèle du financement forfaitaire intégré reprenant la médecine générale/la kinésithérapie/les soins infirmiers en vigueur dans les maisons médicales. Concrètement, il s'agit d'un « contrat » passé entre le prestataire de services, le patient et la mutualité. Le paiement des prestations se fait sur base fixe mensuelle en fonction du statut social du patient, pour autant que le patient soit en ordre d'assurabilité. La littérature montre que les financements forfaitaires ont un impact positif sur l'accessibilité des services, la satisfaction des patients mais également l'équité (Angier et al., 2017; Grieve, Sekhon, Hu, & Bloom, 2008; Tao, Agerholm, & Burstrom, 2016; Yuan, He, Meng, & Jia, 2017).

Recommandation 3 : Clarifier le rôle des CPAS dans les questions de santé

Justification : Actuellement, il n'y a pas de consensus autour du rôle joué / à jouer par les CPAS dans les questions relatives à la santé. Si certains acteurs recommandent un rôle accru du CPAS, d'autres, au contraire, estiment que les questions de santé devraient être retirées de la compétence des CPAS. Certains répondants pointent la triple fonction des CPAS - ouvrir les droits, contrôler et payer la prestation finale-. Il ressort que les CPAS sont mis à mal dans cette triple fonction et sont souvent perçus uniquement comme des organismes de contrôle – tout comme les mutuelles. La politisation de la fonction de président de CPAS et du conseil de l'aide sociale est également perçue comme un frein potentiel au déploiement d'une politique de santé inclusive pour les personnes précarisées. Cette politisation contribue également à la fragmentation des pratiques entre les différents CPAS de la région bruxelloise et à la complexité administrative pour les opérateurs traitant avec différents CPAS. Cette recommandation est susceptible d'être portée par la conférence des présidents de CPAS de la région de Bruxelles-Capitale en collaboration avec des représentants des travailleurs de CPAS, des services de santé (y compris de santé mentale), des services sociaux et des utilisateurs des services. Cette recherche n'est pas la première à mettre en évidence le flou autour du rôle des CPAS (Roberfroid et al., 2015), il apparaît donc important de mobiliser rapidement les acteurs concernés par cette recommandation en vue de soutenir son implémentation.

Impact sur la continuité des soins et du social : amélioration de l'accessibilité et de la circulation de l'information et réduction de la fragmentation territoriale entre les différents CPAS.

Exemple : mettre en place une politique intégrée de la santé et du social, à l'instar du modèle mis en place par l'Ecosse. Depuis 2014, l'Ecosse développe une politique d'intégration des services de santé et des services sociaux.

Au lieu de confier les missions à deux entités distinctes, le NHS pour la santé et les autorités locales pour les questions sociales, le Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014 pousse ces deux acteurs à s'associer à la société civile en vue d'intégrer la gouvernance, la planification et les ressources. L'intégration se fait au niveau local, par bassin de soins et de services, en vue de proposer une offre adaptée aux besoins des populations locales (Bruce & Parry, 2015). Il est également

possible pour les partenaires locaux d'intégrer d'autres acteurs, comme les services d'aide à la jeunesse (Burgess, 2016).

Recommandation 4 : Développer des modèles de prise en charge intégrés sur base des déterminants sociaux de la santé

Justification : Indépendamment des facteurs individuels de vulnérabilité, les répondants tendent à favoriser les modèles d'intégration pour les personnes cumulant une affection chronique avec une problématique sociale complexe. L'absence de mutuelle et/ou de logement favorise le choix d'un modèle intégré pour la continuité des soins et du social, selon les bénéficiaires et les professionnels. Il faudra néanmoins veiller à ce que ce modèle intégré ne soit pas l'unique modèle proposé car, comme le montrent nos résultats, les répondants tendent à préférer un modèle coordonné ou de linkage dès lors qu'il s'agit d'accessibilité ou de flexibilité. Comme les portes d'entrée sont la mutuelle et le logement, il serait intéressant que des associations ou des services avec une expertise dans ces deux domaines endossent le leadership dans l'exécution de ce type de recommandation. Cependant, à ce jour, il existe peu d'organismes dans le champ du logement ou de l'assurabilité qui ont l'expertise nécessaire en région de Bruxelles-Capitale. Nous recommandons donc que ces organismes viennent en soutien des structures déjà familières avec l'approche intégrée. Cependant, il pourrait être possible que des CPAS via la coordination sociale et le partenariat avec le réseau associatif local puissent prendre un rôle de leader dans l'implémentation des modèles intégrés basés sur le logement et/ou la mutuelle.

Impact sur la continuité des soins et du social : amélioration de la circulation de l'information, de l'accessibilité, de la globalité et de la flexibilité (à la condition que la filière intégrée soit suffisamment centrée sur les besoins du patient)

Exemple : le projet Housing First qui utilise le logement comme porte d'entrée avant de mettre en place un accompagnement socio sanitaire intensif des personnes les plus précarisées (Kozloff, Adair, et al., 2016; Kozloff, Stergiopoulos, et al., 2016). Le projet Housing First a montré des résultats positifs sur l'adhérence à un traitement médicamenteux, l'amélioration des résultats de santé mentale et de qualité de vie, le fonctionnement en communauté et la stabilité dans le logement (Basu, Kee, Buchanan, & Sadowski, 2012; Forchuk et al., 2008; Mares & Rosenheck, 2011; Parashar et al., 2011; Ploeg, Hayward, Woodward, & Johnston, 2008). En Belgique, après deux ans, le projet Housing First a permis le maintien en logement de 90% des 141 bénéficiaires suivis par les équipes (Buxant, 2016), avec un impact positif sur la consommation de produits stupéfiants et l'insertion dans un projet de vie.

Recommandation 5 : Attribuer des professionnels de référence aux patients précarisés souffrant d'une affection chronique pour assurer le lien entre les aspects santé et sociaux

Justification : La dimension de la continuité des soins et du social la plus affectée par la fragmentation est la circulation de l'information, c'est-à-dire la manière dont l'information autour de la personne est transmise, partagée et conservée. Les mutuelles jouent un rôle majeur dans la centralisation des données santé et sociale mais, en son absence, les répondants ont toujours favorisé un modèle intégré de circulation de l'information dans lequel un professionnel assure la circulation de l'information entre les services de santé et les services sociaux. De même l'absence de logement et donc d'une adresse fixe empêche la transmission d'informations directement à la personne concernée et complexifie la conservation des données. En l'absence d'une adresse, les personnes ne peuvent pas, par exemple, recevoir des rappels pour leurs rendez-vous médicaux ou sociaux : ils ne se présentent pas aux services et peuvent dès lors être pénalisés de ne pas s'être présentés en temps et en heure comme nous l'ont rapporté certains bénéficiaires. Les personnes sans logement et sans mutuelle peuvent donc retirer un plus grand bénéfice d'un modèle intégré pour la circulation de l'information que d'autres personnes. Comme en témoignent certains entretiens avec des bénéficiaires, avoir une personne de confiance, comme un éducateur de rue, permet d'améliorer la continuité des soins et du social.

Impact sur la continuité des soins et du social : impact majeur sur la circulation de l'information, impact dans un second temps sur l'accessibilité, la globalité et la flexibilité

Exemple : la gestion de cas, c'est-à-dire un processus collaboratif d'évaluation, de planification, de facilitation de coordination, d'évaluation et de sensibilisation/conseil afin que les options et les services soient adaptés aux besoins de la personne et de son entourage au travers de la communication et à l'aide des ressources disponibles (Powell & Tahan, 2015). Les gestionnaires de cas ont la capacité de centraliser les informations de santé et sociales, après consentement éclairé de la personne. Les gestionnaires de cas ont montré des résultats positifs pour l'amélioration de la continuité des soins et du social pour les patients âgés, les personnes souffrant d'un problème de santé mentale ou les personnes handicapées (Hesse, Vanderplasschen, Rapp, Broekaert, & Fridell, 2007 ; Leutz, 2009; Van Durme, 2017). Le succès des gestionnaires de cas dépendra de la relation de confiance entre le gestionnaire et le bénéficiaire, du nombre de personnes qu'ils auront à gérer, de sa flexibilité par rapport aux besoins du bénéficiaire et de ses compétences en matière de santé et de social. Le profil d'infirmier en santé communautaire est susceptible de répondre à ces besoins, moyennant un renforcement de leurs compétences dans le domaine spécifique de la grande précarité et des affections chroniques.

CONCLUSION

De nombreuses études ont mis en évidence les inégalités de santé dans la population belge et, plus particulièrement, à Bruxelles. Trois groupes émergent comme plus vulnérables face à ces inégalités : les personnes avec un faible statut socioéconomique, les migrants et les minorités ethniques ou encore les personnes sans-domicile fixe. Ces trois groupes sont également plus à risque de développer et de chroniciser des problèmes de santé mentale. Ces risques sont renforcés par des barrières à l'accès aux services appropriés, au manque de coordination entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des patients, tant sociale que sanitaire, à l'inadaptation des structures aux besoins des patients et à la diminution des places en institution et au transfert des soins de santé mentale vers la première ligne, sans que cela soit accompagné par des mesures structurelles.

Ce projet espère contribuer aux objectifs de cohérence et d'efficacité évoqués dans la réforme de l'Etat. Au lieu d'implanter un nouveau dispositif, ce projet repose sur des structures existantes qui se trouvent au cœur de l'offre de santé et du social de la région bruxelloise. Le classement des solutions prioritaires et la définition des modalités d'implémentation de ces solutions peuvent soutenir la prise de décisions en termes d'allocations des ressources et de priorités des projets en région bruxelloise. Les recommandations du projet pourront également servir de ressources lors du suivi et de l'évaluation du « Plan Santé Bruxellois ». Les résultats peuvent également servir aux associations de terrain, aux administrations et aux professionnels à développer des projets innovants en vue d'améliorer la continuité des soins et du social pour leurs publics-cibles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbasi, K., Patel, K., & Godlee, F. (2015). Europe's refugee crisis: an urgent call for moral leadership. *Bmj*, *351*, h4833. doi:10.1136/bmj.h4833
- Abouzeid, M., Philpot, B., Janus, E. D., Coates, M. J., & Dunbar, J. A. (2013). Type 2 diabetes prevalence varies by socio-economic status within and between migrant groups: Analysis and implications for Australia. *BMC Public Health*, *13*(1). doi:10.1186/1471-2458-13-252
- Anson, O. (2001). Inequality in the access to preventive health care : the case of immigrants in Belgium. *Arch Public Health*, *59*, 265-279.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., . . . Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*, *10*, CD006525. doi:10.1002/14651858.CD006525.pub2
- Arnaud, A., Fagot-Campagna, A., Reach, G., Basin, C., & Laporte, A. (2010). Prevalence and characteristics of diabetes among homeless people attending shelters in Paris, France, 2006. *Eur J Public Health*, *20*(5), 601-603. doi:10.1093/eurpub/ckp197
- Aubin, M., Giguere, A., Martin, M., Verreault, R., Fitch, M. I., Kazanjian, A., & Carmichael, P. H. (2012). Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, *7*, Cd007672. doi:10.1002/14651858.CD007672.pub2
- Bachrach, L. L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry*, *138*(11), 1449-1456.
- Barnett, A., Dixon, A., Bellary, S., Hanif, M., O'Hare, J., Raymond, N., & Kumar, S. (2006). Type 2 diabetes and cardiovascular risk in the UK south Asian community. *Diabetologia*, *49*(10), 2234-2246.
- Bascans, J. M., Courbage, C., & Oros, C. (2016). Means-tested public support and the interaction between long-term care insurance and informal care. *Int J Health Econ Manag*. doi:10.1007/s10754-016-9206-4
- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med*, *110*, 10-17. doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.022
- Beijer, U., Wolf, A., & Fazel, S. (2012). Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, *12*(11), 859-870. doi:10.1016/S1473-3099(12)70177-9
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002a). Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association*, *288*(14), 1775-1779.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002b). Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2. *Journal of the American Medical Association*, *288*(15), 1909-1914.
- Brennan, A., Browne, J. P., & Horgan, M. (2014). A systematic review of health service interventions to improve linkage with or retention in HIV care. *AIDS Care*, *26*(7), 804-812. doi:10.1080/09540121.2013.869536
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *JAI Press*, *6*.
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L., & Coomber, C. (2013). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health and Social Care in the Community*, *22*(3), 225-233. doi:10.1111/hsc.12057
- Canavan, R., Barry, M. M., Matanov, A., Barros, H., Gabor, E., Greacen, T., . . . Priebe, S. (2012). Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities. *BMC health services research*, *12*(1).
- Chambre des représentants de Belgique. (2011). *Un Etat fédéral plus efficace et des entités plus autonomes. Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat*. Retrieved from Bruxelles, Belgique: http://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/histoire/la_belgique_a_partir_de_1830/constitution_d_e_l_etat_federal/sixieme_reforme_etat
- Chaoui Mezabi, D., & Casman, M. (2009). *Rapport d'observation des pratiques des CPAS en matière de Carte Médicale*. Retrieved from Liège:
- CLANDESTINO, g. (2009). *Undocumented Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends Across Europe. Final Report*. Retrieved from
- Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. (Presses de l'Université du Québec Ed.).
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martin-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*, *8*, 188. doi:10.1186/1472-6963-8-188
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *European Strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Retrieved from Copenhagen:
- Dauvrin, M., Lorant, V., & d'Hoore, W. (2015). Is the Chronic Care Model Integrated Into Research Examining Culturally Competent Interventions for Ethnically Diverse Adults With Type 2 Diabetes Mellitus? A Review. *Evaluation and the Health Professions*. doi:10.1177/0163278715571004
- de Bruin, S. R., Versnel, N., Lemmens, L. C., Molema, C. C., Schellevis, F. G., Nijpels, G., & Baan, C. A. (2012). Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. *Health Policy*, *107*(2-3), 108-145. doi:10.1016/j.healthpol.2012.06.006
- de Bruin, S. R., Versnel, N., Lemmens, L. C., Molema, C. C. M., Schellevis, F. G., Nijpels, G., & Baan, C. A. (2012). Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: A systematic literature review. *Health Policy*, *107*(2-3), 108-145.

- Demarest, S. (2014a). Accessibilité financière aux soins de santé. In S. Drieskens & L. Gisle (Eds.), *Enquête de santé 2013. Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*. (Vol. 3, pp. 58). Brussels, Belgium: ISP_WIV.
- Demarest, S. (2014b). Arrêt de travail pour cause de problèmes personnels de santé. In J. Van der Heyden & R. Charafeddine (Eds.), *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être*. (Vol. 1, pp. 38). Brussels, Belgium: IS-WIV.
- Demarest, S. (2014c). Dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire et du diabète. In S. Demarest & R. Charafeddine (Eds.), *Enquête de santé 2013. Rapport 5 : Prévention*. (Vol. 5, pp. 60). Brussels, Belgium: ISP_WIV.
- Demarest, S., Gisle, L., Drieskens, S., Hesse, E., Van der Heyden, J., & Tafforeau, J. (2008). *Belgian Health Interview Survey 1997 2001 2004 2008*. Retrieved from
- Dierckx, D., Vranken, J., Coene, J., & Van Haarlem, A. (2011). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2011* (D. Dierckx, J. Vranken, J. Coene, & A. Van Haarlem Eds.). Leuven: ACCO.
- Dumez, H. (2013). *Méthodologie de la recherche qualitative. Les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. (Vuibert Ed.). Paris, France.
- Eekhout, I., De Boer, R. M., Twisk, J. W. R., De Vet, H. C. W., & Heymans, M. W. (2012). Missing data: A systematic review of how they are reported and handled. *Epidemiology*, *23*(5), 729-732.
- Ehmsen, B. K., Biswas, D., Jensen, N. K., Krasnik, A., & Norredam, M. (2014). Undocumented migrants have diverse health problems. *Dan Med J*, *61*(9), A4897.
- Fakoya, I., Alvarez-del Arco, D., Woode-Owusu, M., Monge, S., Rivero-Montesdeoca, Y., Delpech, V., . . . Burns, F. M. (2015). A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: mplications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. *BMC Public Health*, *15*, 561. doi:10.1186/s12889-015-1852-9
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, *384*(9953), 1529-1540. doi:10.1016/S0140-6736(14)61132-6
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*, *5*(12), e225. doi:10.1371/journal.pmed.0050225
- FEANTSA. (2007). *ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement*. Retrieved from Bruxelles, Belgique:
- Forichon, E. (2005). Santé et précarité(s) : comment surmonter la socioparésie de la santé publique ? . *Empan*, *4*(60), 86-90. doi:10.3917/empa.060.0086.
- Fossion, P., Ledoux, Y., Valente, F., Servais, L., Staner, L., Pelc, I., & Minner, P. (2002). Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium : an age-and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *Eur Psychiatry*, *17*(8), 443-450.
- Fossion, P., Servais, L., Rejas, M., Ledoux, Y., Pelc, I., & Minner, P. (2004). Psychosis, migration and social environment: an age--and--gender controlled study. *Eur Psychiatry*, *19*(6), 338-343.
- Fuller, J. D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, R., . . . Fragar, L. (2011). Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1. *BMC health services research*, *11*, 72.
- Geeraert, J., & Rivollier, E. (2014). [Access to care for vulnerable populations]. *Soins*(790), 14-18.
- Gerkens, S., & Merkur, S. (2010a). *Belgium: Health system review* (12(5)). Retrieved from
- Gerkens, S., & Merkur, S. (2010b). Belgium: Health system review. *Health Syst Transit*, *12*(5), 1-266, xxv.
- Gibson, B. A., Ghosh, D., Morano, J. P., & Altice, F. L. (2014). Accessibility and utilization patterns of a mobile medical clinic among vulnerable populations. *Health Place*, *28*, 153-166. doi:10.1016/j.healthplace.2014.04.008
- Gisle, L. (2014). Santé mentale. In J. Van der Heyden & R. Charafeddine (Eds.), *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être*. (Vol. 1, pp. 168). Brussels, Belgium: IS-WIV.
- Gold, M. (1998). Part I: The Concept of Access and Managed Care. Beyond Coverage and Supply: Measuring Access to Healthcare in Today's Market. *Health Services Research*, *33*(3), 625-652.
- Guest, G. (2013). Describing Mixed Methods Research: An Alternative to Typologies. *Journal of Mixed Methods Research*, *7*(2), 141-151.
- Gulland, A. (2015). The refugee crisis: what care is needed and how can doctors help? *Bmj*, *351*, h4881. doi:10.1136/bmj.h4881
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, *327*(7425), 1219-1221. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219
- Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., Giesbrecht, M., Fridkin, A., Rudrum, S., . . . Clark, N. (2014). An intersectionality-based policy analysis framework: critical reflections on a methodology for advancing equity. *Int J Equity Health*, *13*, 119. doi:10.1186/s12939-014-0119-x
- Hanssens, L. G., Devisch, I., Lobbestael, J., Cottenie, B., & Willems, S. (2016). Accessible health care for Roma: a gypsy's tale a qualitative in-depth study of access to health care for Roma in Ghent. *Int J Equity Health*, *15*, 38. doi:10.1186/s12939-016-0327-7
- Hayes, S. L., Mann, M. K., Morgan, F. M., Kelly, M. J., & Weightman, A. L. (2012). Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. *Cochrane Database Syst Rev*, *10*, Cd007825. doi:10.1002/14651858.CD007825.pub6

- Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T., & Muller, J. (2014). Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry*, 55(4), 818-825. doi:10.1016/j.comppsy.2014.02.003
- Hermans, M. H. M., De Witte, N., & Dom, G. (2012). The state of psychiatry in Belgium. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 286-294.
- Hernando, V., Alvarez-del Arco, D., Alejos, B., Monge, S., Amato-Gauci, A. J., Noori, T., . . . del Amo, J. (2015). HIV Infection in Migrant Populations in the European Union and European Economic Area in 2007-2012: An Epidemic on the Move. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 70(2), 204-211. doi:10.1097/qai.0000000000000717
- Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Broekaert, E., & Fridell, M. (2007). Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database Syst Rev*(4), Cd006265. doi:10.1002/14651858.CD006265.pub2
- Hickam, D. H., Weiss, J. W., Guise, J. M., Buckley, D., Motu'apuaka, M., Graham, E., . . . Saha, S. (2013). AHRQ Comparative Effectiveness Reviews *Outpatient Case Management for Adults With Medical Illness and Complex Care Needs*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Hodgson, K. J., Shelton, K. H., Van Den Bree, M. B. M., & Los, F. J. (2013). Psychopathology in young people experiencing homelessness: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 103(6), e24-e37.
- Howell, D. (2006). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. (M. Rogier, Trans. V. Yzerbyt & Y. Bestgen Eds. 6 ed.). Brussels, Belgium: de boeck.
- Hunter, P. (2016). The refugee crisis challenges national health care systems: Countries accepting large numbers of refugees are struggling to meet their health care needs, which range from infectious to chronic diseases to mental illnesses. *EMBO Rep*, 17(4), 492-495. doi:10.15252/embr.201642171
- Huynh, L., Henry, B., & Dosani, N. (2015). Minding the gap: access to palliative care and the homeless. *BMC Palliat Care*, 14, 62. doi:10.1186/s12904-015-0059-2
- Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, & Médecins du Monde Belgique. (2014). *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*. Bruxelles, Belgique: Kluwer.
- Jaehne, A., Loessl, B., Frick, K., Berner, M., Hulse, G., & Balmford, J. (2012). The efficacy of stepped care models involving psychosocial treatment of alcohol use disorders and nicotine dependence: a systematic review of the literature. *Curr Drug Abuse Rev*, 5(1), 41-51.
- Kumar, G. S., & Klein, R. (2013). Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: A systematic review. *Journal of Emergency Medicine*, 44(3), 717-729.
- La Strada. (2011). *DEUXIEME DENOMBREMENT DES PERSONNES SANS ABRI, SANS LOGEMENT ET EN LOGEMENT INADEQUAT EN REGION DE BRUXELLES-CAPITALE*, . Retrieved from Bruxelles, Belgique
- Lebrun-Harris, L. A., Baggett, T. P., Jenkins, D. M., Sripatana, A., Sharma, R., Hayashi, A. S., . . . Ngo-Metzger, Q. (2013). Health status and health care experiences among homeless patients in federally supported health centers: findings from the 2009 patient survey. *Health Serv Res*, 48(3), 992-1017. doi:10.1111/1475-6773.12009
- Lepiece, B., Reynaert, C., Jacques, D., & Zdanowicz, N. (2015). Poverty and mental health: What should we know as mental health professionals? *Psychiatr Danub*, 27 Suppl 1, S92-96.
- Lepiece, B., Reynaert, C., van Meerbeeck, P., & Lorant, V. (2014). General practice and ethnicity: an experimental study of doctoring. *BMC Fam Pract*, 15, 89. doi:10.1186/1471-2296-15-89
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*, 77(1), 77-110, iv-v.
- Leutz, W. (2009). Partnership working: key concepts and approaches. In J. Glasby & H. Dickinson (Eds.), *International Perspectives on Health and Social Care. Partnership Working in Action*. Oxford: Wiley-Blackwell. (Reprinted from: In File).
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*, 77(1), 77-110, iv-v.
- Levecque, K., Lodewyckx, I., & Bracke, P. (2008). Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium. A general population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio*, 431-441. doi:DOI 10.1007/s00127-008-0431-0
- Levecque, K., Lodewyckx, I., & Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium : a comparison between native and immigrant groups. *J.Affect Disord.*, 97(1-3), 229-239.
- Leys, M., Antoine, C., De Jaegere, V., & Schmitz, O. (2011). *Réformes dans l'organisation des soins de santé mentale : étude d'évaluation des projets thérapeutiques* (146B). Retrieved from Bruxelles:
- Loignon, C., Hudon, C., Goulet, E., Boyer, S., De Laat, M., Fournier, N., . . . Bush, P. (2015). Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUihealthY project. *Int J Equity Health*, 14, 4. doi:10.1186/s12939-015-0135-5
- Lopez, A. M., Bourgeois, P., Wenger, L. D., Lorvick, J., Martinez, A. N., & Kral, A. H. (2013). Interdisciplinary mixed methods research with structurally vulnerable populations: Case studies of injection drug users in San Francisco. *International Journal of Drug Policy*, 24(2), 101-109.
- Lorant, V., & Bhopal, R. S. (2011). Ethnicity, socio-economic status and health research: insights from and implications of Charles Tilly's theory of Durable Inequality. *J Epidemiol Community Health*, 65(8), 671-675. doi:jech.2010.116418 [pii];10.1136/jech.2010.116418 [doi]
- Lorant, V., Geerts, C., D'Hoore, W., Sauwens, D., Remmen, R., & Peremans, L. (2008). *Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ?* (90b). Retrieved from Bruxelles:

- Lorant, V., Van Oyen, H., & Thomas, I. (2008). Contextual factors and immigrants' health status : double jeopardy. *Health and Place*, 14, 678-692.
- Martens, W. H. (2001). A review of physical and mental health in homeless persons. *Public Health Reviews*, 29(1), 13-33.
- McGuinness, C., & Sibthorpe, B. (2003). Development and initial validation of a measure of coordination of health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 309-318.
- Millman, M. (1993). *Access to Health Care in America. Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services*. Retrieved from Washington DC: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=2009
- Mirza, M., Luna, R., Mathews, B., Hasnain, R., Hebert, E., Niebauer, A., & Mishra, U. D. (2014). Barriers to healthcare access among refugees with disabilities and chronic health conditions resettled in the US Midwest. *J Immigr Minor Health*, 16(4), 733-742. doi:10.1007/s10903-013-9906-5
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., . . . Des Jarlais, D. C. (2013). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2197-2223.
- n.a. (2012). Décret ambulatorio à Bruxelles : où en est-on ? *Alter Echos, En ligne*.
- Ndumbe-Eyoh, S., & Moffatt, H. (2013). Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*, 13, 1056. doi:10.1186/1471-2458-13-1056
- Nicaise, P., Tulloch, S., Dubois, V., Matanov, A., Priebe, S., & Lorant, V. (2013). Using social network analysis for assessing mental health and social services inter-organisational collaboration: findings in deprived areas in brussels and london. *Adm Policy Ment Health*, 40(4), 331-339. doi:10.1007/s10488-012-0423-y [doi]
- Observatoire de la Santé et du Social. (2014). *Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2014*. Retrieved from Bruxelles, Belgique:
- Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale. (2010). *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010*. Retrieved from Bruxelles:
- OCDE. (2011). *Améliorer la performance des soins de santé : comment mesurer leur qualité ?* Etudes de l'OCDE sur les politiques de santé, E. OCDE (Ed.) doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264094840-fr>
- Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H., & Uchida, H. (2015). Language Barriers and Access to Psychiatric Care: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*, 66(8), 798-805. doi:10.1176/appi.ps.201400351
- Onkelinx, L. (2008). *Priorité aux malades chroniques ! Programme pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'une affection chronique 2009-2010*. Retrieved from Brussels, Belgium:
- Onkelinx, L. (2013). *Note d'orientation. Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique*. Retrieved from Brussels, Belgium: <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/documents/ie2divers/19090605.pdf>
- Parker, R. D., & Dykema, S. (2013). The reality of homeless mobility and implications for improving care. *Journal of Community Health*, 38(4), 685-689.
- Paul Yoon, K., & Ching-Lai Hwang. (1995). *Multiple Attribute Decision Making. An Introduction* (S. University Ed.). London.
- Paulus, D., Van den Heede, K., & Mertens, R. (2012). *Position Paper. Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique* (190Bs). Retrieved from Brussels, Belgium:
- Pearson, V. (2013). Governance and accountability. In C. Guest, W. Ricciardi, I. Kawachi, & I. Lang (Eds.), *Oxford Handbook of Public Health Practice* (3 ed., pp. 502-511). Oxford: Oxford University Press.
- Pinto-Meza, A., Moneta, M. V., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bruffaerts, R., Caldas De Almeida, J. M., . . . Haro, J. M. (2013). Social inequalities in mental health: Results from the EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 173-181.
- Price, J. H., Khubchandani, J., McKinney, M., & Braun, R. (2013). Racial/ethnic disparities in chronic diseases of youths and access to health care in the United States. *Biomed Res Int*, 2013, 787616. doi:10.1155/2013/787616
- Priebe, S., Matanov, A., Barros, H., Canavan, R., Gabor, E., Greacen, T., . . . Gaddini, A. (2013). Mental health-care provision for marginalized groups across Europe: Findings from the PROMO study. *European Journal of Public Health*, 23(1), 97-103.
- Reid, R. J., Haggerty, J. L., & McKendry, R. (2002). *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare*. Retrieved from Canada:
- Reilly, S., Planner, C., Gask, L., Hann, M., Knowles, S., Druss, B., & Lester, H. (2013). Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, Cd009531. doi:10.1002/14651858.CD009531.pub2
- Renders, C. M., Valk, G. D., Griffin, S., Wagner, E. H., Eijk, J. T., & Assendelft, W. J. (2001). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*(1), Cd001481. doi:10.1002/14651858.cd001481
- Ricci-Cabello, I., Ruiz-Pérez, I., Olry de Labry, A., & Márquez-Calderón, S. (2010). Do social inequalities exist in terms of the prevention, diagnosis, treatment, control and monitoring of diabetes? A systematic review. *Health & Social Care in the Community* 18(6), 572-587. doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00960.x
- Roberfroid, D., Dauvrin, M., Keygnaert, I., Desomer, A., Kerstens, B., Camberlin, C., . . . Derluyn, I. (2015). *What health care for undocumented migrants in Belgium?* (KCE Ed. Vol. 257). Brussels, Belgium: KCE.
- Sana, P. (2007). Quel droit à la famille pour les personnes vivant dans la grande pauvreté ? . *Pensée plurielle*, 3(16), 29-50. doi:10.3917/pp.016.0029.

- Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23(3), 325-348.
- Schokaert, I., Morissens, A., Cincinnato, S., & Nicaise, I. (2012). *Armoede tussen de plooiën: aanvullingen en correcties op EU-SILC voor verborgen groepen armen*. Retrieved from Bruxelles, Belgique:
- Schulman, K. A., Berlin, J. A., Harless, W., Kerner, J. F., Sistrunk, S., Gersh, B. J., . . . Ayers, W. (1999). The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *New England Journal of Medicine*, 340(8), 618-626.
- Service Public Fédéral Santé Publique. (2016). Maladies chroniques. Retrieved from <http://www.chroniccare.be>
- Strassmayr, C., Matanov, A., Priebe, S., Barros, H., Canavan, R., D+jaz-Olalla, J. M., . . . Katschnig, H. (2012). Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and how they are overcome. *BMC Public Health*, 12(1).
- Tafforeau, J. (2014a). Dépistage du cancer. In S. Demarest & R. Charafeddine (Eds.), *Enquête de santé 2013. Rapport 5 : Prévention*. (Vol. 5, pp. 100). Brussels, Belgium: ISP_WIV.
- Tafforeau, J. (2014b). Santé subjective. In J. Van der Heyden & R. Charafeddine (Eds.), *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être*. (pp. 36). Brussels, Belgium: ISP-WIV.
- Tafforeau, J. (2014c). Vaccination. In S. Demarest & R. Charafeddine (Eds.), *Enquête de santé 2013. Rapport 5 : Prévention*. (Vol. 5, pp. 100). Brussels, Belgium: ISP_WIV.
- Thunus, S., Cerfontaine, G., Schoenaers, F., De Riemaecker, D., Fransolet, P., Similes, F. F. d. A., . . . Morandi, S. (2012). Santé mentale : les enjeux de la réforme. *L'Observatoire*, 72, 2-99.
- Tilly, C. (1998). *Durable Inequality*. Berkeley: University of California Press.
- Uijen, A. A., Heinst, C. W., Schellevis, F. G., van den Bosch, W. J., van de Laar, F. A., Terwee, C. B., & Schers, H. J. (2012). Measurement properties of questionnaires measuring continuity of care: a systematic review. *PLoS One*, 7(7), e42256. doi:10.1371/journal.pone.0042256
- Van der Heyden, J. (2014a). Maladies chroniques. In J. Van der Heyden & R. Charafeddine (Eds.), *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être*. (Vol. 1, pp. 624). Brussels, Belgium: IS-WIV.
- Van der Heyden, J. (2014b). *Rapport 1: Santé et bien-être (D/2014/2505/47)*. Retrieved from Bruxelles, Belgique:
- Van Meeteren, M. (2014). *Irregular Migrants in Belgium and the Netherlands. Aspirations and Incorporation*. Amsterdam, The Netherlands: Amsterdam University Press.
- Vandenheede, H., & Deboosere, P. (2009). Type 2 diabetes in Belgians of Turkish and Moroccan origin. *Arch Public Health*, 67, 62-87.
- Vandenheede, H., Lammens, L., Deboosere, P., Gadeyne, S., & De Spiegelaere, M. (2011). Ethnic differences in diabetes-related mortality in the Brussels-Capital Region (2001-05): The role of socioeconomic position. *International Journal of Public Health*, 56(5), 533-539.
- Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Dennis, C. L., Leszcz, T., Taylor, V. H., Blumberger, D. M., & Seitz, D. P. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 202(3), 187-194.
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., . . . Dharmaratne, S. D. (2013). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2163-2196.
- Warnotte, G. (2012). *Pauvreté et exclusion : une société de moins en moins humaine ?* Retrieved from Bruxelles, Belgique:
- Whitehead, M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health*, 61(6), 473-478. doi:10.1136/jech.2005.037242 [doi]
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338(8774), 1059-1063. doi:10.1016/0140-6736(91)91911-D
- Williams, A. M., Dennis, S., & Harris, M. F. (2011). How effective are the linkages between self-management programmes and primary care providers, especially for disadvantaged patients? *Chronic Illn*, 7(1), 20-30. doi:10.1177/1742395310383339
- Willis, G. B. (1999). *Cognitive Interviewing. A "How To" guide*. Paper presented at the Meeting of the American Statistical Association, n/a. <http://www.hkr.se/pagefiles/35002/gordonwillis.pdf>
- Woltmann, E., Grogan-Kaylor, A., Perron, B., Georges, H., Kilbourne, A. M., & Bauer, M. S. (2012). Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(8), 790-804.
- Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., . . . Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 56(9), 1061-1069. doi: 10.1176/appi.ps.56.9.1061 [pii]
- Ahgren, B., Axelsson, S. B., & Axelsson, R. (2009). Evaluating intersectoral collaboration: a model for assessment by service users. *Int J Integr Care*, 9, e03.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., . . . Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*, 10, CD006525. doi: 10.1002/14651858.CD006525.pub2
- Aubin, M., Giguere, A., Martin, M., Verreault, R., Fitch, M. I., Kazanjian, A., & Carmichael, P. H. (2012). Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 7, Cd007672. doi: 10.1002/14651858.CD007672.pub2
- Bachrach, L. L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry*, 138(11), 1449-1456.

- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002a). Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1775-1779.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002b). Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2. *Journal of the American Medical Association*, 288(15), 1909-1914.
- Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., . . . Hughes, C. (2014). Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Med Res Methodol*, 14, 42. doi: 10.1186/1471-2288-14-42
- Centre for Reviews and Dissemination. (2009) Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York: University of York.
- Chiarenza, A., Abraham, E., Atungio, S., Coune, I., Puebla Fortier, J., Garcia Ramirez, M., . . . Verrept, H. (2014). Standards d'équité dans les soins de santé pour migrants et autres groupes vulnérables (pp. 1-86). Reggio Emilia, Italy: TF MFCCH Task Force on Migrant-Friendly Hospitals and Health Services.
- CLANDESTINO, g. (2009). *Undocumented Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends Across Europe. Final Report*. In C. European (Ed.).
- Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. (Presses de l'Université du Québec Ed.).
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martin-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*, 8, 188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). European Strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen.
- Dauvrin, M., Derluyn, I., Coune, I., Verrept, H., & Lorant, V. (2012). Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: the case-study of ETHEALTH in Belgium. *BMC Public Health*, 12, 726. doi: 1471-2458-12-726 [pii];10.1186/1471-2458-12-726 [doi]
- Dauvrin, M., & Lorant, V. (2010). Bonnes Pratiques dans les Services de Santé pour les Immigrants en Europe : résultats belges du projet EUGATE EUGATE project. Brussels.
- Dauvrin, M., Lorant, V., & d'Hoore, W. (2015). Is the Chronic Care Model Integrated Into Research Examining Culturally Competent Interventions for Ethnically Diverse Adults With Type 2 Diabetes Mellitus? A Review. *Evaluation and the Health Professions*. doi: 10.1177/0163278715571004
- de Bruin, S. R., Versnel, N., Lemmens, L. C., Molema, C. C., Schellevis, F. G., Nijpels, G., & Baan, C. A. (2012). Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. *Health Policy*, 107(2-3), 108-145. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.06.006
- De Brun, C., & Pearce-Smith, N. (2009). *Searching Skills Toolkit. Finding the Evidence*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Demarest, S., Gisle, L., Drieskens, S., Hesse, E., Van der Heyden, J., & Tafforeau, J. (2008). Belgian Health Interview Survey 1997 2001 2004 2008. In I. S. d. I. S. Publique (Ed.).
- Derluyn, I., Lorant, V., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011a). Gelijwaardige gezondheid voor migranten en etnisch-culturele minderheden. In D. Dierckx, J. Vranken, J. Coene, & A. Van Haarlem (Eds.), *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2011*. Leuven: Acco. (Reprinted from: In File).
- Derluyn, I., Lorant, V., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011b). *Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden*. In F. Volksgezondheid (Ed.). Brussels.
- Deville, W., Greacen, T., Bogic, M., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., . . . Priebe, S. (2011). Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health*, 11, 699. doi: 1471-2458-11-699 [pii];10.1186/1471-2458-11-699 [doi]
- Doran, T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35-36.
- Dumez, H. (2013). *Méthodologie de la recherche qualitative. Les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. (Vuibert Ed.). Paris, France.
- Eekhout, I., De Boer, R. M., Twisk, J. W. R., De Vet, H. C. W., & Heymans, M. W. (2012). Missing data: A systematic review of how they are reported and handled. *Epidemiology*, 23(5), 729-732.
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, 384(9953), 1529-1540. doi: 10.1016/s0140-6736(14)61132-6
- FEANTSA. (2007). ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement (pp. 1). Bruxelles, Belgique: Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL.
- Gold, M. (1998). Part I: The Concept of Access and Managed Care. Beyond Coverage and Supply: Measuring Access to Healthcare in Today's Market. *Health Services Research*, 33(3), 625-652.
- Gordon, T., & Pease, A. (2006). RT Delphi: An Efficient, "Round-Less" Almost Real Time Delphi Method. *Technological Forecasting & Social Change*(73), 321-333.
- Guest, G. (2013). Describing Mixed Methods Research: An Alternative to Typologies. *Journal of Mixed Methods Research*, 7(2), 141-151.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*, 327(7425), 1219-1221. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219

- Hayes, S. L., Mann, M. K., Morgan, F. M., Kelly, M. J., & Weightman, A. L. (2012). Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. *Cochrane Database Syst Rev*, *10*, Cd007825. doi: 10.1002/14651858.CD007825.pub6
- Hesse, M., Vanderplassen, W., Rapp, R. C., Broekaert, E., & Fridell, M. (2007). Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database Syst Rev*(4), Cd006265. doi: 10.1002/14651858.CD006265.pub2
- Hickam, D. H., Weiss, J. W., Guise, J. M., Buckley, D., Motu'apuaka, M., Graham, E., . . . Saha, S. (2013). AHRQ Comparative Effectiveness Reviews *Outpatient Case Management for Adults With Medical Illness and Complex Care Needs*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Howell, D. (2006). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. (M. Rogier, Trans. V. Yzerbyt & Y. Bestgen Eds. 6 ed.). Brussels, Belgium: de boeck.
- Hung, H., Altschuld, J., & Lee, Y. (2008). Methodological and conceptual issues confronting a cross-country Delphi study of educational program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, *31*(2), 191-198. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2008.02.005.
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., . . . Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, *6*, Cd000259. doi: 10.1002/14651858.CD000259.pub3
- Jaehne, A., Loessl, B., Frick, K., Berner, M., Hulse, G., & Balmford, J. (2012). The efficacy of stepped care models involving psychosocial treatment of alcohol use disorders and nicotine dependence: a systematic review of the literature. *Curr Drug Abuse Rev*, *5*(1), 41-51.
- La Strada. (2011). DEUXIEME DENOMBREMENT DES PERSONNES SANS ABRI, SANS LOGEMENT ET EN LOGEMENT INADEQUAT EN REGION DE BRUXELLES-CAPITALE, (pp. 1-23). Bruxelles, Belgique La Strada, .
- Lepiece, B., Reynaert, C., van Meerbeeck, P., & Lorant, V. (2014). General practice and ethnicity: an experimental study of doctoring. *BMC Family Practice*, *15*, 89. doi: 10.1186/1471-2296-15-89
- Leutz, W. (2009). Partnership working: key concepts and approaches. In J. Glasby & H. Dickinson (Eds.), *International Perspectives on Health and Social Care. Partnership Working in Action*. Oxford: Wiley-Blackwell. (Reprinted from: In File).
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*, *77*(1), 77-110, iv-v.
- Lopez, A. M., Bourgois, P., Wenger, L. D., Lorvick, J., Martinez, A. N., & Kral, A. H. (2013). Interdisciplinary mixed methods research with structurally vulnerable populations: Case studies of injection drug users in San Francisco. *International Journal of Drug Policy*, *24*(2), 101-109.
- Lorant, V., et al. (2011). *Vers des soins de santé interculturels: Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques*. Bruxelles, Belgique: SPF Santé Publique Environnement et Sécurité de la Chaîne Alimentaire, .
- Lorant, V., Geerts, C., D'Hoore, W., Sauwens, D., Remmen, R., & Peremans, L. (2008). Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ? In Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) (Ed.), *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles.
- Martens, W. H. (2001). A review of physical and mental health in homeless persons. *Public Health Reviews*, *29*(1), 13-33.
- McGuinness, C., & Sibthorpe, B. (2003). Development and initial validation of a measure of coordination of health care. *International Journal for Quality in Health Care*, *15*(4), 309-318.
- Millman, M. (1993). Access to Health Care in America. Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. In M. Millman (Ed.), (pp. 230). Washington DC: Institute of Medicine.
- Observatoire de la Santé et du Social. (2014). Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2014. (pp. 1-62). Bruxelles, Belgique: Commission Communautaire Commune, .
- Onkelinx, L. (2008). Priorité aux malades chroniques ! Programme pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'une affection chronique 2009-2010. (pp. 1-19). Brussels, Belgium: Cabinet de la Vice Première Ministre et Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, .
- Paul Yoon, K., & Ching-Lai Hwang. (1995). *Multiple Attribute Decision Making. An Introduction* (S. University Ed.). London.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review--a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*, *10 Suppl 1*, 21-34. doi: 10.1258/1355819054308530
- Reid, R. J., Haggerty, J. L., & McKendry, R. (2002). Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Canada: Canadian Health Services Research Foundation.
- Reilly, S., Planner, C., Gask, L., Hann, M., Knowles, S., Druss, B., & Lester, H. (2013). Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, *11*, Cd009531. doi: 10.1002/14651858.CD009531.pub2
- Renders, C. M., Valk, G. D., Griffin, S., Wagner, E. H., Eijk, J. T., & Assendelft, W. J. (2001). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*(1), Cd001481. doi: 10.1002/14651858.cd001481
- Ricci-Cabello, I., Ruiz-Pérez, I., Olry de Labry, A., & Márquez-Calderón, S. (2010). Do social inequalities exist in terms of the prevention, diagnosis, treatment, control and monitoring of diabetes? A systematic review. *Health & Social Care in the Community* *18*(6), 572-587. doi: 10.1111/j.1365-2524.2010.00960.x
- Schokaert, I., Morissens, A., Cincinnato, S., & Nicaise, I. (2012). Armoede tussen de plooiën: aanvullingen en correcties op EU-SILC voor verborgen groepen armen. Bruxelles, Belgique: Onderzoeksinstituut voor Arbeid and Samenleving.

- Schulman, K. A., Berlin, J. A., Harless, W., Kerner, J. F., Sistrunk, S., Gersh, B. J., . . . Ayers, W. (1999). The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *New England Journal of Medicine*, *340*(8), 618-626.
- Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., . . . de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*, *60*(1), 34-42. doi: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012
- Uijen, A. A., Heinst, C. W., Schellevis, F. G., van den Bosch, W. J., van de Laar, F. A., Terwee, C. B., & Schers, H. J. (2012). Measurement properties of questionnaires measuring continuity of care: a systematic review. *PLoS One*, *7*(7), e42256. doi: 10.1371/journal.pone.0042256
- Van der Heyden, J. (2014). Rapport 1: Santé et bien-être. In J. Van der Heyden & R. Charaffedine (Eds.), *Enquête de Santé 2013* (Vol. 1, pp. 1-306). Bruxelles, Belgique: Institut scientifique de santé publique.
- Van Meeteren, M. (2014). *Irregular Migrants in Belgium and the Netherlands. Aspirations and Incorporation*. Amsterdam, The Netherlands: Amsterdam University Press.
- Whitehead, M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health*, *61*(6), 473-478. doi: 10.1136/jech.2005.037242 [doi]
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, *338*(8774), 1059-1063. doi: DOI: 10.1016/0140-6736(91)91911-D
- Willis, G. B. (1999). *Cognitive Interviewing. A "How To" guide*. . Paper presented at the Meeting of the American Statistical Association, n/a. <http://www.hkr.se/pagefiles/35002/gordonwillis.pdf>
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Buckingham, J., & Pawson, R. (2013a). RAMESES publication standards: meta-narrative reviews. *J Adv Nurs*, *69*(5), 987-1004. doi: 10.1111/jan.12092
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Buckingham, J., & Pawson, R. (2013b). RAMESES publication standards: realist syntheses. *J Adv Nurs*, *69*(5), 1005-1022. doi: 10.1111/jan.12095
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., & Pawson, R. (2014). *Development of methodological guidance, publication standards and training materials for realist and meta-narrative reviews: the RAMESES (Realist And Meta-narrative Evidence Syntheses - Evolving Standards) project*. Southampton (UK).