

ANTICIPATE 2014-2017

Santé mentale, bien-être et précarité

Quelle coordination des soins de santé et du social
pour assurer la continuité des prises en charge
pour les publics précarisés en région de Bruxelles-Capitale ?

Version résumée des résultats du projet CAPP
et recommandations pour les acteurs de la région de Bruxelles-Capitale

Dauvrin Marie

Lorant Vincent

Juin 2017

Institut de recherche Santé et Société

Université catholique de Louvain



Table des matières

Résumé des résultats	3
Contexte de l'étude	3
Méthodes	4
Principaux résultats	5
Participants.....	5
Solutions efficaces et prioritaires au niveau régional	5
Solutions préférées au niveau individuel	6
Conclusion	7
Recommandations pour la Région Bruxelles Capitale	11
Recommandation 1 : Augmenter la coordination dans le domaine de la gouvernance.....	11
Recommandation 2 : Soutenir des solutions financières intégrées.....	11
Recommandation 3 : Clarifier le rôle des CPAS dans les questions de santé	12
Recommandation 4 : Développer des modèles de prise en charge intégrés sur base des déterminants sociaux de la santé.....	13
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.....	13

Résumé des résultats

Contexte de l'étude

En Belgique, les affections chroniques touchent près d'une personne sur quatre (28,5%) âgée de 15 ans et plus. La région Bruxelles-Capitale est particulièrement concernée par cette problématique car 30,5% de sa population souffre d'une ou plusieurs affection(s) chronique(s) (Van Der Heyden, 2014). De plus, de nombreuses études ont mis en évidence des inégalités de santé dans la population belge et, plus particulièrement, à Bruxelles (Anson, 2001; Dauvrin, Derluyn, Coune, Verrept, & Lorant, 2012; Espelt et al., 2011; Marmot, 2005; Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale, 2010; Pinto-Meza et al., 2013; TAHIB, 2010). En effet, en 2013 à Bruxelles, la prévalence des affections chroniques était de 43,2% chez les personnes avec un statut socio-économique précaire contre 26,6% dans le reste de la population (Van Der Heyden, 2014).

Certains groupes de la population sont plus à risque de précarité socio-économique et sont donc plus vulnérables face aux inégalités de santé : les personnes avec un faible statut socioéconomique, les personnes en séjour illégal et les personnes sans-domicile fixe (Canavan et al., 2012; Fiorini et al., 2016; Gadit, 2011). Ces trois groupes cumulent des déterminants de santé et sociaux tels que l'absence de logement, l'absence de couverture santé, ou une prévalence plus élevée de troubles de santé mentale. La combinaison d'une affection chronique et d'un statut précaire va engendrer une double peine voire une triple peine en cas de comorbidité psychiatrique (Lorant & Bhopal, 2011; Lorant, Van Oyen, & Thomas, 2008). Ces patients font également face à des barrières à l'accès aux services appropriés, à un manque de coordination entre les différents acteurs impliqués dans leur prise en charge, tant sociale que sanitaire et à l'inadaptation des structures à leurs besoins (Roberfroid et al., 2015).

À Bruxelles, l'offre de services de santé et du social est très vaste, on parlera même de *mille-feuilles institutionnel*. Dans ce contexte, le problème ne se situe pas dans l'offre de soins mais bien dans le manque de continuité dans et entre les différents services de santé et du social. En effet, l'offre de services est fragmentée et les personnes précarisées sont souvent prises en charge de façon discontinue (Bachrach, 1981; Nicaise et al., 2013; Nutting, Goodwin, Flocke, Zyzanski, & Stange, 2003).

Face à cette problématique, des recommandations et des solutions ont été proposées et, bien souvent, déjà mises en œuvre par les acteurs concernés. Une des solutions majeures pour améliorer la qualité et l'accès aux soins des patients a été de mettre en place différents mécanismes de continuité des soins. La continuité des soins et du social est un « *processus se référant au mouvement ininterrompu et ordonné des individus à travers les différentes composantes des services de santé et sociaux* » (adapté de Bachrach, 1981). L'auteur de cette définition fragmente la continuité des soins en quatre dimensions structurelles. La dimension d'accessibilité qui est le temps nécessaire au(x) service(s) pour offrir les meilleures prestations possibles. La dimension de circulation de l'information ou de communication qui représente la manière dont les informations du patient sont transmises, partagées et conservées. La dimension de flexibilité qui se réfère à l'adaptabilité du patient envers les services et inversement. La dimension de globalité dont la finalité est d'assurer que tous les services soient coordonnés pour identifier et répondre aux besoins du patient (Bachrach, 1981). Il existe dans la littérature trois modalités d'intervention de continuité des soins, ces trois modèles sont les niveaux

d'intégration de Leutz (1999); l'intégration, la coordination et le linkage. Dans le modèle de l'intégration, une seule structure propose les différents services et allie l'expertise sociale et l'expertise de santé. Dans le modèle de la coordination, les services sont dispensés par différents prestataires qui se coordonnent au sein d'une entité. Dans le modèle de linkage, c'est le bénéficiaire qui assure lui-même l'interface entre ses différents professionnels et donc sa propre continuité des soins (Leutz, 1999, 2009).

Cependant, des inconnues demeurent quant à la faisabilité de ces solutions au niveau de la région bruxelloise ainsi qu'au niveau des individus. Sur base d'une enquête de parties prenantes alliant un design mixte et un design expérimental, ce projet a pour objectif général d'améliorer la continuité des soins et du social pour les populations précarisées souffrant d'une affection chronique à Bruxelles-Capitale. Plus précisément, ce projet de recherche vise à répondre à deux questions de recherche complémentaires : 1) quelles sont les solutions **régionales** permettant d'augmenter la continuité des soins et du social pour les publics précarisés souffrant d'un problème de santé chronique en région de Bruxelles-Capitale ? ; 2) quelles sont les solutions **individuelles** permettant d'augmenter la continuité des soins et du social pour les publics précarisés souffrant d'un problème de santé chronique en région de Bruxelles-Capitale ?

Méthodes

Le design général de ce projet repose sur une enquête de parties prenantes, impliquant des bénéficiaires, des professionnels de la santé et du social et des représentants des pouvoirs publics de la RBC (Varvasovszky & Brugha, 2000). Cette enquête s'organise autour de deux volets. Les données ont été collectées entre juillet 2015 et décembre 2015 via des entretiens semi-directifs pour les bénéficiaires adultes et les pouvoirs publics et via une plateforme web bilingue pour les professionnels (août-octobre 2015). Les bénéficiaires ont été recrutés via des services de santé et des services sociaux. Les professionnels incluaient aussi bien des acteurs délivrant un service direct aux bénéficiaires que des acteurs de deuxième ligne avec une fonction de support, d'expertise ou de lobbying en RBC.

Le premier volet, basé sur un design mixte, concernait les professionnels et les pouvoirs publics. Vingt-cinq solutions de continuité des soins et du social ont été proposées à l'avis des répondants. Basées sur une revue de la littérature scientifique et grise, ces solutions étaient organisées en trois domaines d'intervention (gouvernance/organisation/financement), reflétaient les trois modèles de continuité (intégration/coordination/linkage), étaient implémentées soit au niveau régional ou local, et concernaient soit un groupe spécifique de bénéficiaires, soit l'entière de la population bruxelloise. Chaque participant était invité à évaluer l'impact sur la continuité et à choisir les solutions prioritaires à développer pour la RBC. A l'issue des analyses, un groupe focal délibératif rassemblant des experts de la santé et du social et des représentants des pouvoirs publics a été organisé en juin 2016 pour discuter des résultats et proposer des recommandations. Les données quantitatives ont été analysées via des statistiques descriptives et des modèles de régression multivariée, les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique catégorielle. Dans une dernière étape, les données qualitatives et quantitatives ont été triangulées sur base des principes des méthodologies mixtes.

Le second volet, basé sur un design expérimental, concernait les bénéficiaires et les professionnels (Davies, Wardlaw, Morriss, & Glazebrook, 2016; Lepiece, Reynaert, van Meerbeeck, & Lorant, 2014;

Schulman et al., 1999). Chaque répondant devait déclarer ses préférences en matière de continuité des soins pour une vignette clinique attribuée aléatoirement. Chaque vignette présentait la situation d'un bénéficiaire diabétique de 53 ans, dont trois caractéristiques individuelles variaient : la présence d'une mutuelle (oui/non), la présence d'un logement (oui/non) et la présence d'une comorbidité psychiatrique (oui/non). La continuité des soins était organisée autour de quatre dimensions (accessibilité /circulation de l'information/flexibilité/globalité) et incluait les 3 modèles théoriques (intégration/coordination/linkage). Les données ont fait l'objet de statistiques descriptives, d'analyses de différences dans les distributions (Chi² de Pearson) et de régressions logistiques.

Principaux résultats

Participants

Nonante bénéficiaires ont participé aux entretiens, dont 52% d'hommes et 47% âgés de moins de 39 ans. Près de la moitié avaient la nationalité belge, 42% un diplôme du secondaire supérieur ou en dessous, 28% occupaient un emploi déclaré et 54% vivaient dans un logement adéquat. Parmi eux, 68% déclaraient avoir une mutuelle, 75% reportaient souffrir d'une ou plusieurs affections chroniques et 87% d'un problème de santé mentale. Dix représentants des pouvoirs publics et 162 professionnels ont été inclus dans l'échantillon final, dont 60% de femmes et 54% de professionnels de la santé. Ils travaillaient dans des services de santé (40%), des services publics (20%) et des services sociaux (18%).

Solutions efficaces et prioritaires au niveau régional

Le tableau 1 présente les cinq solutions perçues comme les plus efficaces par les professionnels et les pouvoirs publics pour améliorer la continuité des services de santé et du social ainsi que leur degré de priorité (n = 172).

Tableau 1 : Efficacité et priorités de 5 solutions en matière de continuité des soins et du social selon les professionnels et les pouvoirs publics ayant participé au projet CAPP, Bruxelles, 2015-2016 (n = 172)

Solutions	Efficacité (moyenne, DS)	Priorité (%)
1. Financement forfaitaire pour les soins ambulatoires de santé mentale et les soins de santé primaire (F/I /P/ R)	4.2 (1.1)	14.4
2. Procédure unique d'accès aux soins pour les publics précarisés en région de Bruxelles-Capitale (G/C/P/R)	3.8 (1.1)	41.5
3. Financement de services intégrés à faible niveau d'exigences dans les quartiers avec les populations défavorisés (F/L /L/S)	3.8 (1.2)	13.6
4. Encouragement des services de santé et sociaux à avoir des infrastructures communes ou du personnel en commun (O/C/R/S)	3.7 (1.1)	17.8
5. Développement d'un système unique de partage de l'information entre les services de santé et sociaux (O/C/R/P)	3.7 (1.2)	19.3

Domaines d'interventions : G= gouvernance ; O=organisation ; F=financement **Degré de spécificité** : P = population entière ; S = groupe spécifique **Modèles de continuité** : I=intégration ; C=coordination ; L=linkage **Niveau d'implémentation** : R=régional ; L=local

Cependant, les solutions les plus efficaces ne sont pas toujours les plus prioritaires : si le forfait santé mentale/santé primaire est la solution la plus efficace, seuls 14.4% des participants l'estiment prioritaires. De même, aucune solution n'est choisie ou exclue par au moins 50% des participants, soulignant l'absence d'un consensus autour des priorités en matière de continuité. Des entretiens, il ressort que les solutions les plus efficaces nécessitent un remaniement important des pratiques, apparaissant comme peu réaliste. Une certaine résistance au changement, une peur de perdre son identité, une méfiance sont d'autres facteurs pouvant expliquer cette divergence.

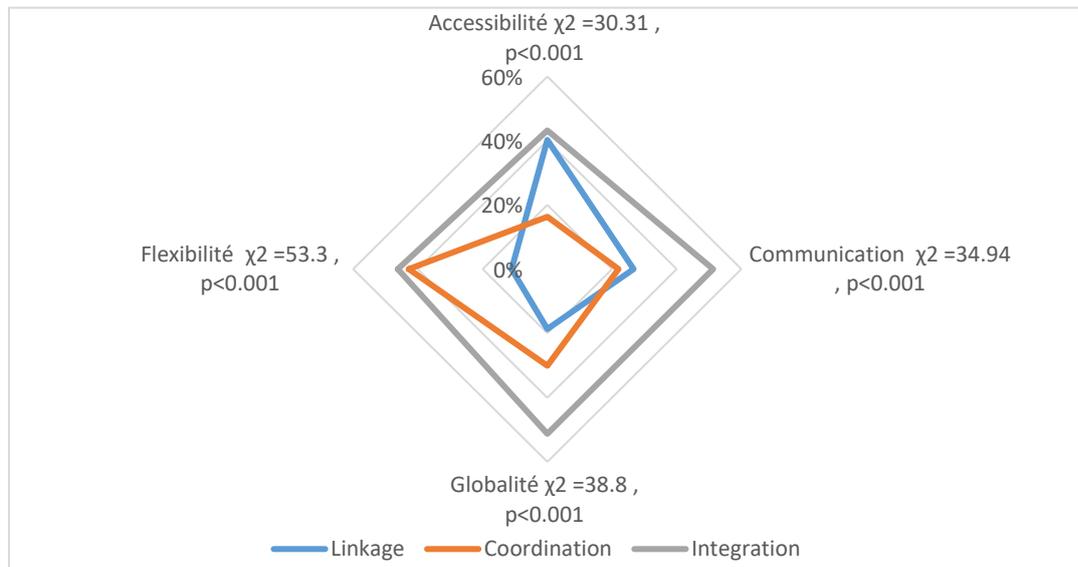
En considérant les résultats agrégés, les solutions perçues comme les plus efficaces et prioritaires à mettre en place sont des solutions basées sur le modèle de la coordination et le modèle de l'intégration et non sur le modèle de linkage. De même, la priorité semble être aux solutions organisationnelles plutôt qu'aux solutions de gouvernance et de financement. Les interventions locales sont également considérées comme plus efficaces que les interventions régionales, bien que les solutions régionales soient considérées comme prioritaires à mettre en place. Cette importance de la définition de la territorialité ressort également des entretiens et du groupe focal, avec l'accent mis sur l'importance de l'ancrage local. Une tension apparaît également entre les solutions populationnelles et les solutions pour un groupe spécifique de bénéficiaires : si une solution ciblant un groupe précaire, comme les personnes sans titre de séjour, apparaît très efficace, les répondants tendent à prioriser une solution populationnelle.

Nous avons également testé l'hypothèse que certains modèles de continuité des soins s'accordent mieux à certains domaines d'intervention : les solutions de gouvernance sont plus efficaces et prioritaires si elles incluent le modèle de coordination (coefficient d'interaction efficacité : 3.4 [IC95% 3.2-3.6], p-valeur <0.0001; coefficient d'interaction priorité : 2.8 [IC95% [2.7-3.0], p-valeur <0.0001). Si les solutions organisationnelles développées sur base d'un modèle intégré sont considérées comme plus efficaces, elles ne sont pas prioritaires à mettre en place. Les solutions financières, quant à elles, sont considérées comme efficaces si elles sont intégrées mais prioritaires si elles sont coordonnées.

Solutions préférées au niveau individuel

Le graphique 1 présente les choix des modèles de continuité des soins et du social pour tous les répondants confondus (n=236). Les choix entre les modèles de continuité des soins et du social sont significativement différents dans les quatre dimensions de la continuité des soins et du social (p<0.001) et le modèle intégré est privilégié dans toutes les dimensions. Néanmoins, dans la dimension d'accessibilité, les préférences envers le modèle intégré et le modèle de linkage sont très proches (43.2% et 40.3%). De même dans la dimension de flexibilité, les préférences sont très proches entre le modèle intégré et le modèle coordonné (46.2% et 42.8%).

Graphique 1 : Choix des modèles de continuité des soins et du social pour tous les répondants ayant participé au projet CAPP, Bruxelles, 2015-2016 (n = 236)



L'influence des différents déterminants individuels (mutuelle, logement, comorbidité psychiatrique) sur les préférences des répondants en matière de continuité des soins et du social ont été analysées. Dans la dimension de circulation de l'information, l'absence de mutuelle ($\chi^2 = 10.71$, $p=0.005$) et l'absence de logement ($\chi^2 = 6.29$, $p=0.04$) induisent une augmentation significative des préférences envers le modèle de l'intégration et une diminution des préférences envers le modèle de linkage. La présence d'une comorbidité psychiatrique n'induit pas de différence significative dans les préférences des répondants. Dans une situation favorable où la personne a un logement, une mutuelle et n'a pas de comorbidité psychiatrique, les répondants privilégient indépendamment des dimensions un modèle de linkage alors que dans la situation opposée dite défavorable (pas de logement, pas de mutuelle et une comorbidité psychiatrique), les répondants privilégient le modèle de l'intégration ($\chi^2 = 7.5$, $p=0.04$).

Conclusion

Cette recherche avait pour objectifs principaux d'identifier les solutions en matière de continuité de la santé et du social pour les personnes précarisées souffrant d'une affection chronique en région de Bruxelles-Capitale au niveau régional et au niveau individuel.

Au niveau régional, la priorité selon les professionnels et les pouvoirs publics est d'améliorer la coordination au niveau de la gouvernance, ce qui permettra, en premier lieu, d'améliorer la circulation de l'information entre les nombreux acteurs privés et publics et de soutenir une politique de santé et du social plus cohérente (Pyone, Smith, & van den Broek, 2017). En s'attaquant prioritairement à la fragmentation politique, il est possible d'espérer un impact (indirect) sur les domaines organisationnels et financiers, par exemple en harmonisant les calendriers de subventionnement ou les normes d'agrément des services. Améliorer la coordination politique nécessitera une clarification et un consensus sur l'institution chargée de cette coordination et, par conséquent, le niveau d'intervention. Qu'il s'agisse de l'échelon local ou de l'échelon régional, tous s'accordent pour insister

sur l'importance de l'ancrage local, intégrant les perspectives des différents acteurs. Bien qu'il soit admis qu'il faille un leadership clair, l'identité et le mandat de cette institution coordinatrice ne font pas actuellement l'objet d'un consensus. Cette institution coordinatrice doit avoir une capacité fédératrice, unifiant santé et social, accompagnée d'une autorité et de ressources suffisantes pour exercer son pouvoir sur les autres acteurs (Hayes, Mann, Morgan, Kelly, & Weightman, 2012). Une gouvernance coordonnée requiert des règles, des incitants et, le cas échéant, des sanctions pour ceux qui ne jouent pas le jeu (Pyone et al., 2017).

La gouvernance sociale et sanitaire de la RBC bénéficierait également d'une clarification du rôle des CPAS dans les questions de santé : si certains acteurs souhaitent un plus grand investissement du CPAS ; d'autres, au contraire, estiment que les missions de santé devraient être retirées du CPAS. Ce flou est également perçu par les travailleurs sociaux des CPAS eux-mêmes, qui se retrouvent à gérer des questions qui, parfois, dépassent leurs compétences et leur expertise ou voient leurs missions sociales exécutées par d'autres acteurs – privés et publics- au détriment de leur mandat. De même, les mutuelles, acteurs incontournables des questions d'assurabilité et de santé, sont perçus à la fois comme étant un frein ou un facilitateur à la continuité des soins et du social.

Améliorer la continuité des soins et du social en RBC passera par un équilibre délicat entre l'équité verticale et l'équité horizontale : souhaite-on prôner des solutions de niche ciblant les besoins spécifiques de groupes identifiés ou souhaite-on appliquer des solutions à l'entièreté de la population sans pour autant inclure les besoins spécifiques de certains ? C'est un des enjeux majeurs en termes de politique publique et certaines interventions de niche sont peut-être plus acceptables que d'autres.

Au niveau des individus présentant une triple peine (affection chronique, précarité, comorbidité psychiatrique), le modèle de l'intégration est privilégié dans les quatre dimensions de la continuité des soins et du social. Néanmoins, mettre en place cet unique modèle à Bruxelles ne semble pas adéquat car, dans certaines dimensions de la continuité des soins et du social, les modèles de linkage et de coordination sont également privilégiés de manière relativement équivalente au modèle de l'intégration. Cependant, l'absence de mutuelle ou de logement renforçant les préférences envers un modèle de l'intégration dans la dimension de circulation de l'information, les personnes en séjour illégal et sans-domicile fixe pourraient retirer un bénéfice de la mise en place d'un modèle intégré dans lequel un professionnel assure la communication de l'information entre les services de santé et du social en RBC. De même, au plus une personne est vulnérable et nécessite une prise en charge socio sanitaire complexe, au plus le modèle d'intégration est préféré, ce qui valide empiriquement la théorie de Leutz (Fontanella, Guada, Phillips, Ranbom, & Fortney, 2014; Fortney et al., 2003; Nutting et al., 2003) : dans la situation clinique la plus défavorable combinant affection chronique, comorbidité psychiatrique, absence de logement et de mutuelle, le modèle intégré est privilégié alors que dans la situation la plus favorable, le modèle de linkage ou « patient coordinateur » est privilégié. Enfin, les déterminants sociaux (logement, mutuelle) ont une influence plus importante sur les préférences en matière de continuité des soins et du social que le déterminant de santé (comorbidité psychiatrique). Il semble donc pertinent d'implémenter des filières spécifiques de continuité des soins et du social selon ces mêmes déterminants sociaux (Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004).

Si ce projet a identifié des pistes de solutions pour améliorer la continuité des soins et du social pour les personnes précarisées souffrant d'une affection chronique en région de Bruxelles-Capitale, l'implémentation de ces solutions devra inclure les bénéficiaires dans leur élaboration et leur évaluation.

Bibliographie

- Angier, H., O'Malley, J. P., Marino, M., McConnell, K. J., Cottrell, E., Jacob, R. L., . . . DeVoe, J. E. (2017). Evaluating community health centers' adoption of a new global capitation payment (eCHANGE) study protocol. *Contemp Clin Trials*, *52*, 35-38. doi:10.1016/j.cct.2016.11.001
- Anson, O. (2001). Inequality in the access to preventive health care : the case of immigrants in Belgium. *Arch Public Health*, *59*, 265-279.
- Bachrach, L. L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry*, *138*(11), 1449-1456.
- Basu, A., Kee, R., Buchanan, D., & Sadowski, L. S. (2012). Comparative cost analysis of housing and case management program for chronically ill homeless adults compared to usual care. *Health Services Research*, *47*(1 PART 2), 523-543. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01350.x
- Bruce, D., & Parry, B. (2015). Integrated care: a Scottish perspective. *London Journal of Primary Care*, *7*(3), 44-48.
- Burgess, L. (2016). *Integration of Health and Social Care*. Retrieved from http://www.parliament.scot/ResearchBriefingsAndFactsheets/S5/SB_16-70_Integration_of_Health_and_Social_Care.pdf
- Buxant, C. (2016). Osons le Housing First ! *Pauv rit *, *12*, 24.
- 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).
- 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]
- Davies, E. B., Wardlaw, J., Morriss, R., & Glazebrook, C. (2016). An experimental study exploring the impact of vignette gender on the quality of university students' mental health first aid for peers with symptoms of depression. *BMC Public Health*, *16*, 187. doi:10.1186/s12889-016-2887-2
- Espelt, A., Arriola, L., Borrell, C., Larranaga, I., Sandin, M., & Escolar-Pujolar, A. (2011). Socioeconomic position and type 2 diabetes mellitus in Europe 1999-2009: a panorama of inequalities. *Curr Diabetes Rev*, *7*(3), 148-158.
- Fiorini, G., Cerri, C., Bini, S., Rigamonti, A. E., Perlini, S., Marazzi, N., . . . Cella, S. G. (2016). The burden of chronic noncommunicable diseases in undocumented migrants: a 1-year survey of drugs dispensation by a non-governmental organization in Italy. *Public Health*, *141*, 26-31. doi:10.1016/j.puhe.2016.08.009
- Fontanella, C. A., Guada, J., Phillips, G., Ranbom, L., & Fortney, J. C. (2014). Individual and contextual-level factors associated with continuity of care for adults with schizophrenia. *Adm Policy Ment Health*, *41*(5), 572-587. doi:10.1007/s10488-013-0500-x
- Forchuk, C., MacClure, S. K., Van Beers, M., Smith, C., Csiernik, R., Hoch, J., & Jensen, E. (2008). Developing and testing an intervention to prevent homelessness among individuals discharged from psychiatric wards to shelters and 'No Fixed Address'. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, *15*(7), 569-575. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01266.x
- Fortney, J., Sullivan, G., Williams, K., Jackson, C., Morton, S. C., & Koegel, P. (2003). Measuring continuity of care for clients of public mental health systems. *Health Serv Res*, *38*(4), 1157-1175.
- Gadit, A. A. (2011). Homelessness and mental health: are we neglecting this grave issue? *J Pak Med Assoc*, *61*(3), 299-300.
- Grieve, R., Sekhon, J. S., Hu, T. W., & Bloom, J. R. (2008). Evaluating health care programs by combining cost with quality of life measures: a case study comparing capitation and fee for service. *Health Serv Res*, *43*(4), 1204-1222. doi:10.1111/j.1475-6773.2008.00834.x
- 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., 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
- Kozloff, N., Adair, C. E., Palma Lazgare, L. I., Poremski, D., Cheung, A. H., Sandu, R., & Stergiopoulos, V. (2016). "Housing First" for Homeless Youth With Mental Illness. *Pediatrics*, *138*(4). doi:10.1542/peds.2016-1514
- Kozloff, N., Stergiopoulos, V., Adair, C. E., Cheung, A. H., Misir, V., Townley, G., . . . Goering, P. (2016). The Unique Needs of Homeless Youths With Mental Illness: Baseline Findings From a Housing First Trial. *Psychiatr Serv*, *67*(10), 1083-1090. doi:10.1176/appi.ps.201500461
- 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. *The Milbank Quarterly*, *77*(1), 77-110. doi:10.1111/1468-0009.00125
- 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).
- 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., Van Oyen, H., & Thomas, I. (2008). Contextual factors and immigrants' health status : double jeopardy. *Health and Place*, *14*, 678-692.
- Mares, A. S., & Rosenheck, R. A. (2011). A Comparison of treatment outcomes among chronically homeless adults receiving comprehensive housing and health care services versus usual local care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *38*(6), 459-475. doi:10.1007/s10488-011-0333-4
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, *365*(9464), 1099-1104. doi:10.1016/s0140-6736(05)71146-6
- 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
- Nutting, P. A., Goodwin, M. A., Flocke, S. A., Zyzanski, S. J., & Stange, K. C. (2003). Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med*, *1*(3), 149-155.
- 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:
- Parashar, S., Palmer, A. K., O'Brien, N., Chan, K., Shen, A., Coulter, S., . . . Hogg, R. S. (2011). Sticking to it: The effect of maximally assisted therapy on antiretroviral treatment adherence among individuals living with HIV who are unstably housed. *AIDS and Behavior*, *15*(8), 1612-1622. doi:10.1007/s10461-011-0026-8
- 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.
- Ploeg, J., Hayward, L., Woodward, C., & Johnston, R. (2008). A case study of a Canadian homelessness intervention programme for elderly people. *Health and Social Care in the Community*, *16*(6), 593-605. doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00783.x
- Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2015). *Cmsa Core Curriculum for Case Management*: Wolters Kluwer Health.
- Pyone, T., Smith, H., & van den Broek, N. (2017). Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. *Health Policy Plan*. doi:10.1093/heapol/czx007
- 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.
- Schulman, K. A., Berlin, J. A., Harless, W., Kerner, J. F., Sistrunk, S., Gersh, B. J., . . . Escarce, J. J. (1999). The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *N Engl J Med*, *340*(8), 618-626. doi:10.1056/NEJM199902253400806
- TAHIB, T. H. I. i. B. (2010). *L'inégalité sociale en matière de santé reste tenace en Belgique*. Retrieved from
- Tao, W., Agerholm, J., & Burstrom, B. (2016). The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*, *16*(1), 542. doi:10.1186/s12913-016-1805-8
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health*, *94*(4), 651-656.
- Van Der Heyden, J. (2014). Maladies chroniques. In J. Van der Heyden & R. Charafeddine (Eds.), *Enquête de santé 2013* (Vol. 1, pp. 624). Brussels: Institut Scientifique de Santé Publique.
- Van Durme, T. (2017). *Case Management for older people in Belgium. A realist perspective for the evaluation of case management in primary care*. (PhD), Université catholique de Louvain, Brussels.
- Varvasovszky, Z., & Brugha, R. (2000). A stakeholder analysis. *Health Policy Plan*, *15*(3), 338-345.
- Yuan, B., He, L., Meng, Q., & Jia, L. (2017). Payment methods for outpatient care facilities. *Cochrane Database Syst Rev*, *3*, Cd011153. doi:10.1002/14651858.CD011153.pub2

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 médicales¹. 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).

¹Voir à ce propos le site des maisons médicales : <http://www.maisonmedicale.org/Les-sources-de-financements.html>

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'agisse 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.