

RAPPORT 2021

LES COMMUNITY HEALTH WORKERS EN BELGIQUE

CAROLINE MASQUILLIER

THEO COSAERT

EDWIN WOUTERS



Remerciements: les auteurs tiennent à remercier toutes les personnes du groupe cible, les community health workers et les coaches pour leur participation à cette étude. Ils souhaitent également remercier tous les coordinateurs de projet pour leur soutien.

Cette étude a été commandée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et le Collège intermutualiste national (CIN).

Auteurs: Caroline Masquillier, Theo Cosaert & Edwin Wouters

Masquillier Caroline, Cosaert Theo et Wouters Edwin (2022), Community health workers en Belgique - rapport 2021, Universiteit Antwerpen: Anvers, 144 p., ISBN : 9789057287343

Numéro de dépôt: D/2022/12.293/06

Illustration de la couverture: Annelien Smet

Table des matières

I. Résumé.....	5
II. Introduction.....	9
Objectif du projet community health workers	11
Structure du rapport	11
III. Mise en œuvre du projet CHW	12
1. Encadrement structurel	13
1.1 Structure administrative	13
1.1.1 Structure administrative fédérale	13
1.1.2 Structure administrative régionale	14
1.1.2.1 Flandre	14
1.1.2.2 Bruxelles	16
1.1.2.3 Wallonie et Communauté germanophone	17
1.2 Matières liées au personnel	18
1.2.1 Offres d'emploi et description de fonction	18
1.2.2 Recrutement	20
1.2.3 Profil	22
1.2.3.1 Profil des Community Health Workers	23
1.2.3.2 Profil des coaches	25
1.2.4 Rémunération et autres avantages complémentaires	25
1.2.5 Suivi et coaching pendant la mise en œuvre du projet CHW	26
1.3 Matériel d'intervention et de soutien	27
1.3.1 Matériel d'intervention	29
1.3.2 Matériel informatique	30
1.4 Formation	30
1.5 Protection contre le COVID-19	31
1.6 Employeur	31
1.7 Mesures de confidentialité et de sécurité	31
1.8 Budget	32
2. Mise en œuvre sur le terrain	32
2.1 Sélection des quartiers et affectation des CHW par quartier	32
2.1.1 Sélection des quartiers	33
2.1.2 Répartition des CHW entre les différents quartiers	35
2.2 Analyse des stakeholders par quartier	36
2.2.1 Flandre	36
2.2.2 Bruxelles	38
2.2.3 Wallonie et Communauté germanophone	38
2.3 Mise au point de partenariats	40
2.3.1 Niveau fédéral	40
2.3.2 Flandre	41
2.3.3 Bruxelles	44
2.3.4 Wallonie et Communauté germanophone	45
IV. Volet qualitatif de l'étude	47

1. Cadre de recherche qualitative	48
1.1 Cadre théorique	48
1.2 Méthode	49
1.2.1 Approbation du comité d'éthique	49
1.2.2 Collecte des données	50
1.2.3 Participants.....	52
1.2.4 Analyse des données.....	53
1.2.5 Séances de feedback avec les agents de santé communautaires	53
1.3 Communication scientifique	53
2. Résultats qualitatifs.....	54
2.1 Question de recherche 1 : quel est le public cible touché par le projet CHW ?.....	54
2.1.1 Personnes vivant au carrefour de plusieurs précarités.....	54
2.1.2 Diversité des besoins en matière de soins	55
2.1.3 Stratégies de <i>sensibilisation</i> pour atteindre les personnes du groupe cible	57
2.2 Question de recherche 2 : comment les agents de santé communautaires soutiennent-ils les personnes dans leur accès aux soins de première ligne et aux soins liés au COVID-19 ?	60
2.2.1 Obstacles rencontrés dans l'accès aux soins	60
2.2.1.1 Obstacles généraux tout au long du continuum d'accès aux soins	60
2.2.1.2 Barrières spécifiques aux étapes du continuum de l'accès aux soins.....	62
2.2.2 Assistance des CHW face aux obstacles dans l'accès aux soins	67
2.2.2.1 Soutien général proposé par les agents de santé communautaires tout au long du continuum d'accès aux soins	68
2.2.2.2 Soutien proposé par les agents de santé communautaires face aux obstacles liés aux étapes du continuum d'accès aux soins	70
2.2.3 Fonction de signal	76
2.3 Question de recherche 3 : Quels succès et défis se sont présentés dans le projet d'agent de santé communautaire (Community Health Worker - CHW) ? Et comment pouvons-nous les améliorer à l'avenir ?	78
2.3.1 <i>Structure de gouvernance</i>	78
2.3.2 <i>Gestion du personnel</i>	79
2.3.3 Matériel de support	90
2.3.4 <i>Formation</i>	96
2.3.5 Encadrement local.....	100
3. Réflexion sur l'étude qualitative	103
V. Discussion.....	106
1. Questions de recherche	107
1.1 Quel public cible le projet d'agent de santé communautaire a-t-il touché ?.....	107
1.2 Comment les agents de santé communautaires soutiennent-ils les personnes dans leur accès aux soins de première ligne et aux soins liés au COVID-19 ?	108
1.3 Les Community health workers soutiennent les personnes le long du continuum d'accès aux soins	109
1.3.1 Obstacles généraux tout au long du continuum d'accès aux soins	109
1.3.2 Obstacles étape par étape dans le continuum d'accès aux soins	111
1.4 Quels succès et défis se sont présentés dans le projet d'agent de santé communautaire (Community Health Worker - CHW) ? Et comment pouvons-nous les améliorer à l'avenir ?.....	114
1.4.1 Structure de gouvernance.....	114
1.4.2 Gestion du personnel	115

1.4.3	Matériels de support.....	118
1.4.4	Formation.....	119
1.4.5	Encadrement local.....	120
1.4.5.1	Ancrage dans la communauté	120
1.4.5.2	Adhésion aux soins de santé.....	121
2.	Tirer des enseignements des programmes de CHWs dans le monde entier	121
2.1	Historique des programmes de CHWs jusqu'à ce jour.....	121
2.2	Projet de CHWs belge dans le paysage mondial	123
2.2.1	Grande diversité des programmes de CHWs	123
2.2.2	Projet de CHWs : trouver un équilibre entre un contexte standardisé et contexte adapté aux particularités locales.....	124
2.2.3	Les CHWs, un rôle important et unique, mais également complexe entre les soins de santé et la communauté.....	125
2.2.3.1	Intégration dans la communauté.....	126
2.2.3.2	Collaboration avec les acteurs des soins de santé.....	128
2.2.4	Déterminants sociaux de la santé	129
2.2.5	Les CHWs et la crise de COVID-19	130
2.3	Perspectives d'avenir	131
2.3.1	Quid des CHWs après la pandémie de COVID-19 ?	131
2.3.2	Vision à long terme et financement durable.....	131
VI.	Conclusion.....	133
VI.	Sources.....	136

I. Résumé

Pour les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale, l'accès aux soins de santé est un défi majeur et croissant (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014, OECD 2017, De Ridder 2019). La pandémie de COVID-19 a encore exacerbé les inégalités sociales existantes en matière d'accès aux soins (Peretz, Islam et al. 2020, Barron, Laryea-Adjei et al. 2021, Burns, Graversen et al. 2021). Les personnes ayant peu ou pas d'accès aux soins de santé sont souvent décrites comme « *difficiles à atteindre* ». Mais de leur point de vue, ce sont les services de santé qui sont difficiles à atteindre (Onyango, Schatz et al. 2017: p. 25-26). Des méthodes novatrices sont nécessaires pour rendre les soins de santé plus accessibles à ces populations vulnérables mal desservies (Arrazola de Oñate 2022) - pendant et après la pandémie de COVID-19.

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire et, plus récemment, dans les pays à revenu élevé, l'un des outils utilisés à cette fin est ce que l'on appelle *les community health workers* ou CHW en abrégé. Les CHW sont des membres de confiance des communautés locales, qui ont une expérience de vie partagée avec les personnes qu'ils soutiennent. Ils ont reçu une formation de base pour aider les personnes vivant dans des circonstances socialement vulnérables, notamment, à s'orienter dans le système de santé. Ils rapprochent les soins du patient, de sa famille et de la communauté (Peretz, Islam et al. 2020, Perry and Hodgins 2021). La littérature académique montre que les CHW peuvent soutenir le renforcement et l'accessibilité des soins de santé de première ligne - pour réaliser des progrès dans l'accès équitable à des soins de santé complets et de qualité (Perry 2020, Afzal, Pariyo et al. 2021, Hodgins, Kok et al. 2021, Masis, Gichaga et al. 2021, Perry and Hodgins 2021).

À la lumière de ces exemples, le Conseil des ministres fédéral a approuvé le lancement du projet *Community health workers* (CHW) en Belgique le 15 janvier 2021 à l'initiative du Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Frank Vandenbroucke. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et le Collège intermutualiste national (CIN) ont été chargés de concevoir le projet belge CHW en 2021 dans le but d'améliorer l'accès aux soins de première ligne en portant une attention particulière aux conséquences et mesures liées à la pandémie COVID-19 pour les personnes vivant dans des conditions socialement vulnérables.

Ce rapport donne un aperçu de la mise en œuvre de la première année du projet et des résultats de l'étude qualitative à partir des trois questions suivantes : (1) *Qui le projet CHW a-t-il atteint ?* (2) *Comment les CHW aident-ils les gens à accéder aux soins de première* En portant une attention particulière aux conséquences et mesures liées à la pandémie COVID-19? (3) *Quels ont été les succès et les défis du projet CHW ? Et comment pouvons-nous l'améliorer à l'avenir ?* Plusieurs méthodes de recherche ont été utilisées dans cette étude qualitative (approbation éthique de la Commission consultative d'éthique des sciences sociales et humaines de l'Université d'Anvers (SHW_21_55)) : quinze CHW ont participé à une *étude photovoice* qui comprenait quatre phases (c'est-à-dire la formation *photovoice*, l'observation des participants, les entretiens approfondis semi-structurés et les discussions de focus group); treize personnes identifiées comme vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale ont participé à un entretien approfondi semi-structuré ; et deux discussions de focus group ont eu lieu avec un total de neuf coaches. Enfin, des réunions de feed-back ont également été organisées avec les CHW qui ont participé à l'étude.

En gardant à l'esprit la littérature scientifique existante sur la nécessité d'un cadre de soutien correct pour les programmes CHW (World Health Organization 2018, Ballard, Bancroft et al. 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021, Perry and Hodgins 2021, Westgate, Musoke et al. 2021, Zulu and Perry 2021), une base a été posée au cours de la première année du projet dans le temps et les ressources limitées disponibles - y compris les ressources humaines, l'équipement d'intervention et informatique, la formation, les mesures de protection contre le COVID-19 et les mesures de confidentialité et de sécurité. Pour mener à bien ce projet, une structure de gouvernance fédérale et régionale a été mise en place, ce qui a jeté les bases pour travailler au niveau local afin de répondre de manière très contextuelle aux besoins locaux et de se connecter aux structures locales existantes. Au lancement du projet, une sélection des quartiers à investir pour mener la mission a été faite. En outre, une analyse initiale des stakeholders a été réalisée dans ces quartiers, suivie de la création de partenariats locaux pour faciliter l'intégration des CHW dans les quartiers. Cependant, la mise en place d'un cadre pour soutenir de manière optimale les CHW dans leur travail requiert du temps et des moyens. Cette première année de projet peut être considérée comme une année pilote, au cours de laquelle les premières bases ont été posées, sur lesquelles un travail plus approfondi pourra être effectué au cours d'une deuxième année - en prêtant attention à (a) un rôle clairement défini en tant que CHW ; (b) une formation qualitative et continue des CHW et des coaches ; (c) des parcours professionnels définis ; (d) une bonne rémunération et une supervision ; (e) un suivi quantitatif de leurs activités grâce à un outil d'enregistrement accessible ; (f) l'espace et le matériel nécessaires à leur fonctionnement ; (g) un développement de matériel de soutien pour mener à bien leur travail en concertation avec le groupe cible ; (h) la recherche d'un lien structurel avec les soins de santé ; (i) la poursuite de l'ancrage dans les quartiers locaux et (j) un développement d'un système de suivi des signaux relatifs aux problèmes d'accessibilité structurels des soins de santé (Organisation mondiale de la santé 2018, Ballard, Bancroft et al. 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021, Perry et Hodgins 2021, Westgate, Musoke et al. 2021).

Les résultats qualitatifs montrent que les CHW atteignent les personnes vivant à la croisée de différentes vulnérabilités, qui sont interconnectées et peuvent se renforcer mutuellement. Cette diversité des personnes touchées par les CHW se traduit par une grande variété et souvent une combinaison de différents besoins de soins. Ces besoins concernent les soins liés au COVID-19, les soins de première ligne, les questions relatives aux mutualités et les questions davantage liées au bien-être. Dans cette étude, les personnes du groupe cible rencontrent plusieurs barrières pouvant interrompre le continuum d'accès aux soins, tel que conceptualisé dans le cadre théorique de cette étude qualitative basé sur les travaux de Levesque et de ses collègues (2013). L'étude qualitative présentée dans ce rapport montre que les CHW essaient de prendre en compte les différents obstacles d'une personne lorsqu'ils lui apportent leur soutien. Ils peuvent ainsi contribuer de manière importante à orienter les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale vers le système régulier de soins de santé, d'une manière adaptée aux besoins du groupe cible. L'élément central de leur travail est d'établir la confiance et de fournir une assistance sans préjugés selon un mode *de proximité*, en prenant le temps d'aider les populations vulnérables et mal desservies. Les CHW peuvent donc jouer un rôle précieux de lien entre le système de soins de santé belge et les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale qui ont peu ou pas d'accès aux soins de santé réguliers.

La réalisation du potentiel des CHW dans les soins de santé belges requiert une politique avec une vision à long terme et un financement durable afin de créer un cadre qui soutient les CHW dans leurs tâches. Ceci non seulement pendant la pandémie de COVID-19, mais aussi après. L'accès aux soins de santé était, est et restera en effet un défi majeur en Belgique dans le futur (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014, Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020, Burns, Graversen et al. 2021).

II. Introduction

La Belgique se situe en dessous de la moyenne européenne en ce qui concerne l'égalité d'accès aux soins de santé, malgré les différentes mesures prises pour rendre les soins de santé plus abordables et accessibles (Buffel and Nicaise 2018). Alors qu'en 2008, 1,4 % des personnes aux revenus les plus faibles indiquaient qu'elles ne pouvaient pas obtenir les soins nécessaires, l'écart est passé à 8 % en 2016 (De Ridder 2019). Ce sont surtout les personnes en situation de vulnérabilité sociale qui ont du mal à trouver le chemin des soins de santé. Plus spécifiquement, ce groupe se compose principalement de personnes ayant un faible niveau d'éducation et un faible revenu (De Ridder 2019, Bouckaert N., Maertens de Noordhout C. et al. 2020). En raison d'une interaction complexe de barrières, les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale éprouvent des difficultés à trouver le chemin des soins de santé, ce qui se traduit, entre autres, par le report ou l'évitement des soins (RIZIV and Médecins du Monde 2016). En outre, des études montrent que les personnes vivant dans des conditions vulnérables ont un risque plus élevé d'être en moins bonne santé et donc d'avoir des besoins en soins plus importants (Onyango, Schatz et al. 2017, Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020). La pandémie mondiale de COVID-19 a exacerbé les inégalités existantes en matière d'accès aux soins de santé et rendu cet écart plus visible (Peretz, Islam et al. 2020). Des méthodes innovantes sont nécessaires pour rendre les soins de santé plus accessibles à ces populations vulnérables mal desservies (Arrazola de Oñate 2022) - pendant et après la pandémie de COVID-19.

Les pays à revenu faible ou moyen sont confrontés à des défis similaires en matière d'accès aux soins de santé pour les personnes vivant dans des situations de vulnérabilité sociale, mais à plus grande échelle. Parce qu'une grande partie de la population réside dans ces pays, ils ont dû constamment innover pour assurer l'accès aux soins dans un contexte de ressources limitées (Ahmed, Ahmed et al. 2017, Skopec, Issa et al. 2019). L'une de ces innovations est l'introduction des *community health workers* (CHW) dans le système de santé, dont l'histoire remonte à la déclaration d'Alma-Ata visant à renforcer les soins de santé de première ligne, entre autres. Les CHW sont des membres de confiance des communautés locales, qui ont une expérience de vie partagée avec les personnes qu'ils soutiennent. Ils ont reçu une formation de base pour aider les personnes vivant dans des circonstances socialement vulnérables, notamment, à s'orienter dans le système de santé. Ils rapprochent les soins du patient, de sa famille et de la communauté (Peretz, Islam et al. 2020, Perry and Hodgins 2021). Dans les pays à revenu faible ou moyen, les CHW sont courants et des études ont montré que ces programmes contribuent à améliorer l'accès aux soins de santé (Perry, Chowdhury et al. 2021). Une évolution plus récente est que les pays à haut revenu, et principalement les pays anglo-saxons, explorent également les possibilités d'utiliser les CHW dans leurs systèmes de santé (Hayhoe, Cowling et al. 2018, Javanparast, Windle et al. 2018, Singh et al. 2018). La pandémie de COVID-19 a mis en évidence l'importance des CHW dans le monde entier et a servi de catalyseur à la Belgique pour introduire les CHW dans le système de soins de santé belge.

À la lumière de ces exemples, le Conseil des ministres fédéral a approuvé le lancement du projet *Community health workers* (CHW) en Belgique le 15 janvier 2021 à l'initiative du Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Frank Vandenbroucke. Ceci dans le but de ne pas exacerber les inégalités lors de la crise de COVID-19 et de s'assurer que le maximum d'efforts serait fait pour augmenter l'accessibilité pour les groupes vulnérables. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et le Collège intermutualiste national (CIN) ont été chargés de l'élaboration et de la mise en œuvre de ce projet.

Objectif du projet community health workers

Les inégalités existantes dans l'accès aux soins de santé ont été mises en évidence lors de la crise de COVID-19. Afin de réduire cet écart, les CHW sont déployés dans les quartiers caractérisés par un faible revenu moyen dans le but d'améliorer l'accès aux soins de santé de première ligne pour les personnes vivant dans des conditions socialement vulnérables. Ce faisant, ils identifient les obstacles à l'accès aux soins et proposent un soutien adapté à chaque personne. En outre, les CHW ont pour mission d'orienter et de soutenir les personnes vivant dans des situations de vulnérabilité sociale dans l'usage des soins de santé et de réduire les inégalités d'accès aux soins. Les CHW identifient les problèmes d'accessibilité structurelle au sein du système de soins de santé, en mettant l'accent sur les effets du COVID-19.

Une contribution importante au système de soins de santé existant est le fait que les CHW travaillent *en proximité* pour combler le fossé entre les personnes en situation de vulnérabilité sociale et le système de soins de santé de première ligne. Ils s'adressent au public ciblé dans son environnement propre. Les CHW travaillent dans les rues, sur les places, au domicile des gens et dans les organisations locales. Ils établissent des contacts avec des personnes qui n'ont pas nécessairement exprimé un besoin de soins et instaurent un climat de confiance. Cette méthode de travail vise à mettre en évidence les obstacles à l'accès aux soins afin de les éliminer pour aider les personnes dans leurs démarches, par exemple auprès du médecin généraliste, du dentiste ou de la mutualité.

Le projet a débuté le 26 janvier 2021, date de la signature de la convention avec l'INAMI en application de l'article 56 §1 de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et devait se terminer le 31 décembre 2021.

Au vu des expériences positives du projet au cours de la première année de travail, le CIN a introduit une demande de prolongation auprès de l'INAMI. Un dossier a été constitué à cet effet et soumis au Comité d'accompagnement le 16 novembre 2021, qui a émis un avis positif. Le 30 novembre 2021, la demande de prolongation a également été défendue devant le groupe de travail fédéral intercabinets. Tout cela a conduit à une décision positive de prolonger le projet, rendue par le Comité de l'assurance de l'INAMI le 13 décembre 2021.

Structure du rapport

Le chapitre III donne au lecteur un aperçu de la mise en œuvre du projet des community health workers en Belgique au cours de sa première année. Au chapitre IV, nous présentons les résultats de la recherche qualitative utilisant la méthode d'étude photovoice, ainsi que des entretiens approfondis et de focus groupes. Ce rapport se termine par une discussion (V) et une conclusion (VI) sur la première année du projet, ainsi que par un regard vers l'avenir.

III. Mise en œuvre du projet CHW

1. Encadrement structurel

Pour mettre en œuvre le projet innovant des *CHW en Belgique*, des bases importantes ont d'abord été posées. Dans ce chapitre, nous donnons un aperçu de ces principes fondamentaux, y compris ceux qui concernent les matières liées au personnel, la formation et les mesures de confidentialité et de sécurité. Une structure administrative fédérale et régionale a été mise en place pour encadrer ce projet. Au lancement du projet, une sélection des quartiers devait être actifs a été faite. Ensuite, une analyse initiale des stakeholders a été réalisée dans ces quartiers, suivie de la création de partenariats locaux.

1.1 Structure administrative

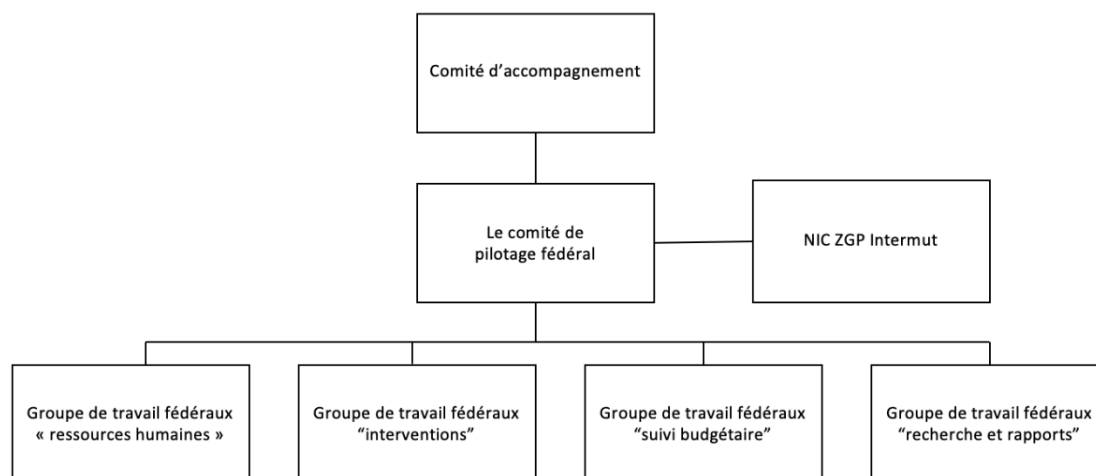
Le projet CHW dispose d'une coordination fédérale pour dessiner conjointement les lignes directrices et veiller à une base commune entre les villes et les régions. Comme le projet CHW est implémenté en Flandre, à Bruxelles, en Wallonie et dans la communauté germanophone, des coordinateurs régionaux ont également été nommés pour assurer l'intégration locale.

1.1.1 Structure administrative fédérale

La figure 1 donne un aperçu de la structure administrative fédérale. Au niveau fédéral, un comité d'accompagnement est chargé du soutien à la mise en œuvre. En outre, ce comité fait office de caisse de résonance pour le comité de pilotage fédéral. Le comité d'accompagnement est présidé par Tina Van Havere (cabinet Vandembroucke) et s'est réuni quatre fois au cours de la première année du projet. Par l'intermédiaire de ses représentants à la commission d'accompagnement, le comité de l'assurance, qui a approuvé l'accord de collaboration avec ZGP Intermut, a également été tenu informé de l'évolution du projet. Le « CIN politique » suit également le projet.

Le comité de pilotage fédéral est présidé par le coordinateur fédéral et se compose des coordinateurs régionaux, d'un représentant de chaque organisme assureur et de Caroline Masquillier, experte en CHW et chercheuse à l'Université d'Anvers. Rik Dessein, sponsor du projet, et Tina Van Havere (cabinet Vandembroucke) se joignent à la réunion si nécessaire. Pendant la phase de démarrage de la première année du projet, le comité de pilotage s'est réuni chaque semaine. À partir de juillet, une réunion bimensuelle a eu lieu et vers la fin, le comité de pilotage s'est à nouveau réuni sur une base hebdomadaire pour préparer la deuxième année du projet et clôturer la première année. Les réunions du comité de pilotage ont des objectifs variés : approbation des activités par phase de gestion, suivi des progrès et discussion des ajustements si nécessaire, concrétisation des objectifs du projet, approbation des résultats intermédiaires, résolution des goulots d'étranglement, suivi du budget et validation du résultat final.

Figure 1 : Structure administrative fédérale Projet CHW Belgique



Les groupes de travail fédéraux « ressources humaines », « interventions », « suivi budgétaire » et « recherche et rapports » ont conseillé le comité de pilotage fédéral et lui ont apporté un soutien global. Plus précisément, le cadre suivant a été organisé au niveau fédéral: un cadre de travail (ex. description de fonction, description du rôle, contrat, rémunération et administration du personnel) ; le soutien informatique; les interventions que les CHW peuvent effectuer; le système d'enregistrement; le budget de suivi et la recherche. Cet encadrement est le même pour toutes les régions de ce projet fédéral. En outre, le rôle des CHW est concrétisé sur mesure dans chaque quartier où le projet CHW est actif. Les groupes de travail fédéraux ont soutenu le démarrage du projet CHW au cours de la première moitié de la première année du projet et se sont arrêtés dès que la mise en œuvre sur le terrain est devenue réalité. Compte tenu de la prolongation du projet, les groupes de travail ont été relancés fin 2021 en vue de formuler des propositions d'amélioration et de les mettre en œuvre pour fonctionner au cours de la deuxième année du projet, cette fois en collaboration avec les CHW eux-mêmes, ce qui n'était pas possible au début du projet car aucun recrutement n'avait encore eu lieu.

1.1.2 Structure administrative régionale

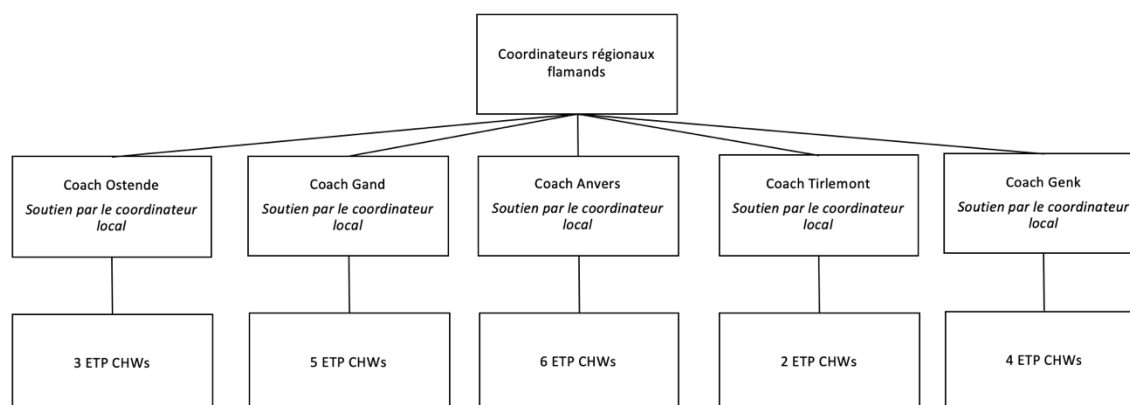
1.1.2.1 Flandre

La figure 2 donne un aperçu de la structure administrative en Flandre. Deux coordinateurs régionaux flamands à mi-temps (1 équivalent temps plein (ETP) au total), qui font également partie du comité de pilotage fédéral, supervisent cinq coaches flamands et le fonctionnement dans les cinq villes flamandes qui font partie du projet CHW. En Flandre, certains coaches sont des collaborateurs des mutualités, tandis que d'autres ont acquis de l'expérience au sein d'organisations externes telles que 'SAAMO' (Samen maatschappelijk Opbouwwerk) et le réseau local de lutte contre la pauvreté. Les coaches sont en charge d'une équipe de CHW, dont le nombre d'équivalents temps plein (ETP) varie selon les villes.

Dans chaque ville, le coach est également soutenu par un coordinateur local, qui est un collaborateur d'une mutualité locale. Le rôle des coordinateurs locaux diffère d'une ville à l'autre. À Gand et à Genk, ils ont été impliqués depuis le début du projet pour établir les contacts nécessaires avec la population et faire connaître le projet. Ils ont également fourni une vue d'ensemble du terrain local pendant cette phase de démarrage et ont servi de sparring-partner aux coaches pour harmoniser les pratiques et répondre aux questions. Cette proximité et cette disponibilité ont assuré un meilleur ancrage local. Dans la suite du déploiement, ils ont joué et jouent encore un rôle important en tant que caisse de résonance pour les coaches. Avant que les coaches de Tirlemont et d'Ostende ne soient recrutés, les coordinateurs locaux ont également été impliqués dans le lancement de la mise en œuvre locale du projet. Ils ont notamment participé à la promotion du projet dans leurs villes respectives, à la diffusion des offres d'emploi et au recrutement de divers collaborateurs. Depuis que les coaches ont commencé à prendre en charge la gestion quotidienne des CHW, les coordinateurs locaux suivent le projet à distance. À Anvers, deux coordinateurs locaux liés aux mutualités locales ont participé à la prise de contacts et au lancement de partenariats locaux. Les accords concrets entre les partenaires et les CHW sont suivis par le coach. Les coordinateurs locaux sont encore étroitement impliqués à Anvers, notamment à travers une courte concertation hebdomadaire avec le coach sur l'état d'avancement, et ils assurent les interventions hebdomadaires pendant les périodes chargées ou les vacances.

Dans certains quartiers, des organes consultatifs locaux supplémentaires ont été organisés. À Ostende, par exemple, un comité de pilotage a été créé, auquel participent divers stakeholders locaux, tels que la ville d'Ostende, la zone de soins de première ligne, la Fédération des organisations mondiales et démocratiques (FMDO), la concertation intermutualiste locale, y compris les services sociaux et *'Samen is Beter'* (Sibe). À Ostende, le projet a également été présenté au président du Cercle des médecins généralistes et à la concertation *'Geïntegreerd Breed Onthaal'* (GBO). À Gand, le coach a participé à plusieurs organes consultatifs existants, notamment le comité de pilotage de *'Gezondheidsgidsen Gent'*, le comité de pilotage du *'Gents Solidariteitsfonds'* (GSF) et le comité de pilotage de la zone de soins de première ligne de Gand. En outre, des moments de concertation récurrents ont été organisés avec le service de santé de la ville de Gand, ainsi que des réunions avec le directeur régional de *'Bond Moyson'*. À Anvers, le coach est présent à la réunion d'aide sociale existante du quartier 2060. À Tirlemont, les gens participent aux réunions organisées par la zone de première ligne et ont été invités aux réunions GROS, qui est un organe consultatif intercommunal auquel sont affiliées de nombreuses associations de quartier. À Genk, le coach participe systématiquement au groupe de Groupes cibles vulnérables – Zone de première ligne Kempen en Duin. Il y a également eu plusieurs réunions avec le comité de pilotage *'Genk Preventief Gezond'*. Les CHW participent également aux réunions de quartier sur une base mensuelle.

Figure 2 : Structure administrative régionale en Flandre



1.1.2.2 Bruxelles

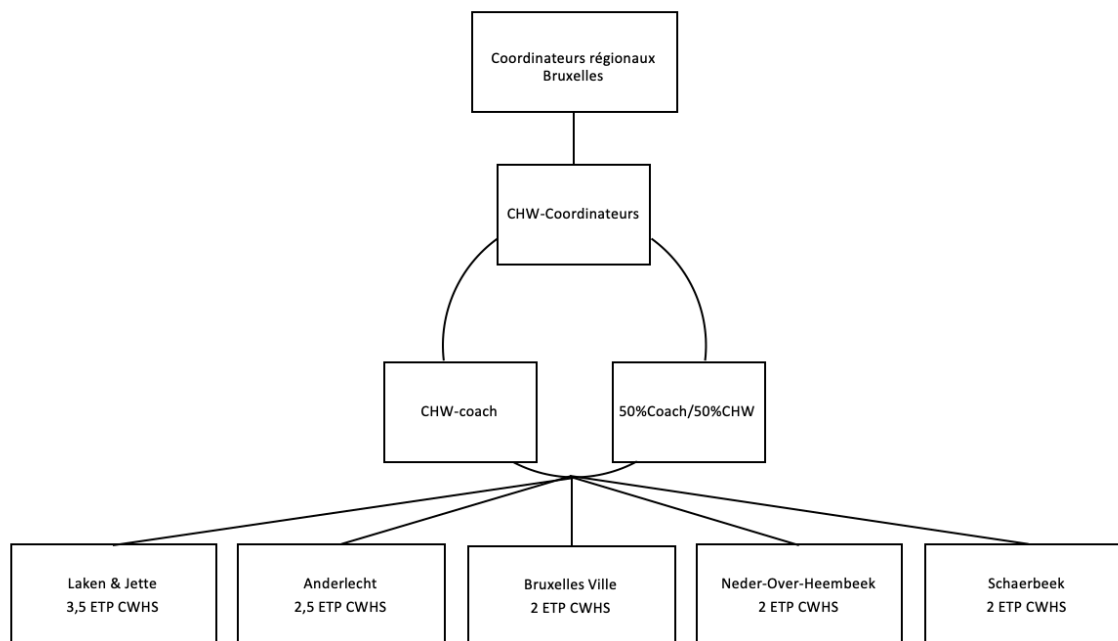
Le coordinateur régional, qui est employé dans une union nationale, siège au comité de pilotage fédéral et apporte son soutien au coordinateur CHW. Le coordinateur CHW est responsable du suivi de la mise en œuvre de la stratégie sur le terrain et est le point de contact central du projet au niveau de Bruxelles. Le coordinateur CHW est également responsable de la gestion du projet en termes de personnel et de budget de l'équipe CHW bruxelloise (cf. Figure 3).

Le coach CHW transmet les informations importantes du terrain au coordinateur CHW. Ces informations sont essentielles pour le suivi de la stratégie, en examinant les activités et en discutant des défis sur le terrain. En outre, le coach CHW supervise l'équipe et apporte son soutien aux CHW dans la planification et le suivi des activités - tant le soutien individuel au groupe cible que les activités de groupe. Enfin, le coach CHW suit la mise en réseau avec les organisations locales des quartiers ciblés.

Une personne ayant une fonction mixte (50 % coach et 50 % CHW) est chargée de développer du matériel de sensibilisation que les CHW utilisent dans leur contact avec le groupe cible. Cette personne est également chargée d'améliorer la visibilité de l'équipe CHW dans les quartiers locaux par le développement d'outils et de messages clés.

L'équipe de CHW est composée de 12 ETP répartis dans différents quartiers de six communes bruxelloises. Le choix des quartiers sélectionnés s'est fait en bonne articulation avec le projet Les relais action quartiers (RAQ) coordonné par La Fédération des Services Sociaux Bicommunautaires (FdSSB) pour le compte du Cabinet du Ministre Alain Maron du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale. Cela a permis de répartir les quartiers entre les CHW et les RAQ afin de desservir une zone aussi large que possible à Bruxelles avec les deux projets. En outre, le coordinateur CHW participe également à la concertation mensuelle ALCOV (Agir localement contre le virus). Bien que la portée et la mise en œuvre du projet RAQ soient différentes de celles des CHW, des méthodologies et des instruments communs sont utiles aux deux projets. À cet égard, des formations communes ont été organisées. Les deux équipes et leurs coordinateurs ont également échangé régulièrement des bonnes pratiques.

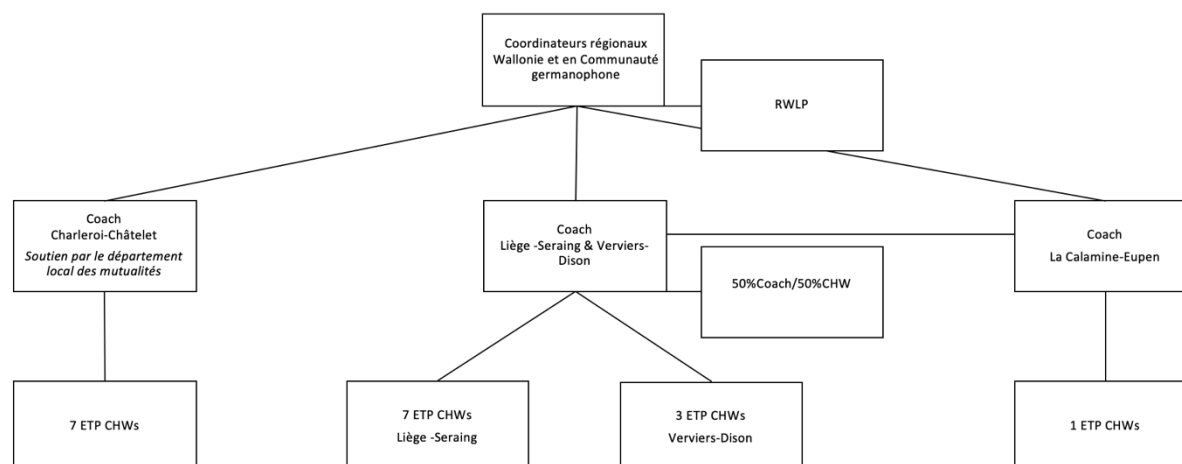
Figure 3 : Structure administrative régionale à Bruxelles



1.1.2.3 Wallonie et Communauté germanophone

La figure 4 donne un aperçu de la structure administrative en Wallonie et en Communauté germanophone. Afin d'intégrer les CHW dans les structures locales, un accord de collaboration a été conclu dans cette région avec l'asbl Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP). Le RWLP soutient la coordination régionale de Wallonie et de la Communauté germanophone dans l'élaboration d'analyses de quartier, la mise en place de partenariats avec les associations locales, des formations communes ont été organisées, notamment en sensibilisant les organisations afin qu'elles identifient les candidats potentiels et participent au processus de sélection, l'établissement d'une collaboration permanente avec les experts de vécu de l'INAMI, le soutien au fonctionnement quotidien des CHW par le biais d'outils, de ressources et d'un accompagnement dans le suivi des activités des CHW.

Figure 4 : Structure administrative en Wallonie et en Communauté germanophone.



1.2 Matières liées au personnel

1.2.1 Offres d'emploi et description de fonction

Conformément aux interventions qui ont été définies, les descriptions de fonction des CHW et du coach ont été rédigées. Ces données ont été complétées, sur base de la littérature existante, par les caractéristiques spécifiques à la fonction de CHW, telles qu'avoir des compétences sociales particulières, d'être membre du groupe cible ou d'avoir une forte affinité avec lui, et ainsi être accepté par le ce dernier (Brooks, Davis et al. 2014, World Health Organization 2018, Peretz, Islam et al. 2020).

Community health worker

La description de fonction du CHW indique qu'il est déployé dans un ou plusieurs quartiers de la ville concernée pour travailler activement avec les individus et/ou les familles qui vivent dans des conditions de vulnérabilité sociale et qui ont besoin d'informations ou de conseils fiables concernant la santé et le bien-être, notamment. Sur base d'une ou plusieurs discussions avec la personne ou la famille vulnérable, le CHW examine la situation et identifie les éventuels problèmes liés (à l'accès) aux soins de santé et fournit l'aide nécessaire dans l'orientation vers par exemple un médecin généraliste, un dentiste, une mutualité, des soins à domicile. Il a été précisé que le rôle d'un CHW n'est pas d'accomplir les tâches d'un professionnel de la santé ou des soins, mais bien de fournir un soutien et une assistance aux individus et aux familles afin qu'ils puissent faire appel aux services de soins et de bien-être nécessaires. En outre, la description du profil indique également que le CHW est attentif aux mesures permettant de freiner la propagation du Covid-19 et reconnaît l'importance de la vaccination. Les CHWs fait partie d'une équipe afin qu'ils puissent apprendre de leurs expériences respectives. Ils partagent également leurs expériences avec le coach et les coordinateurs lors des moments d'intervention.

Les tâches principales du CHW ont été décrites comme suit :

- Approcher activement les familles en situation de vulnérabilité sociale du quartier.
- Effectuer des visites à domicile (si possible dans le cadre des mesures COVID-19)

- Être présent dans les institutions (de soins)
- Établir des contacts dans le voisinage
- Détecter les questions et les besoins des familles vulnérables du quartier
- Signaler les problèmes structurels ou les déficiences dans l'accès aux soins de santé au coach
- Informer, conseiller et orienter les familles vers des soins professionnels en se basant sur les outils fournis pour mener leur mission
- Enregistrer des données

En ce qui concerne le profil des CHW, il s'agissait de trouver des personnes ayant une bonne connaissance du groupe cible et des quartiers sélectionnés (cf. 2.2.1). Il n'y avait pas de condition de diplôme, bien qu'un diplôme d'études secondaires soit considéré comme un avantage. La connaissance du néerlandais, du français, ou de l'allemand selon le lieu de travail était nécessaire, et une langue supplémentaire commune au groupe cible du quartier concerné était considérée comme un atout. En outre, les compétences suivantes ont été considérées comme essentielles pour travailler en tant que CHW: aimer discuter avec les gens; être capable d'entamer facilement une conversation; être honnête et sincère dans ses relations avec les autres; savoir écouter et être capable d'entamer une conversation en toute confiance; avoir une connaissance et une compréhension, basées sur l'intérêt et/ou l'expérience personnelle, de certains problèmes que les personnes en situation vulnérable peuvent rencontrer avec les soins de santé; être capable de gérer des conversations et des situations difficiles et/ou émotionnelles; être attentif à la diversité (culturelle); respecter et s'intéresser à d'autres modes de vie et points de vue; être capable de travailler de manière orientée solutions; être capable de traiter des informations sensibles de manière confidentielle et avec discrétion.

Coach

Le coach est responsable de l'accompagnement, du suivi et de la supervision des CHW actifs dans les quartiers attribués à son équipe. Cela se fait en partie à distance et en partie en allant sur le terrain. Ce faisant, le coach apporte à son équipe sa connaissance du terrain et établit des contacts avec les organisations locales. Le coach est également responsable de l'élaboration d'un planning et de la répartition des tâches. En outre, le coach organise des moments de formation complémentaires à la formation de base en collaboration avec d'autres organisations, et en fonction des besoins exprimés par les CHW.

Les tâches principales du coach ont été décrites comme suit:

- Nouer et maintenir des contacts avec les organisations locales et les professionnels de la santé et conclure des accords de collaboration
- Aider au recrutement et la sélection de CHW pour son équipe
- Se familiariser avec les problèmes des quartiers dans lesquels son équipe est active
- Établir un planning mensuel, hebdomadaire et quotidien pour les CHW et organiser des moments de concertation
- Répartir les tâches au sein de son équipe
- Encadrer les CHW et suivre leurs prestations
- Garantir le respect des limites de la mission des CHW à l'aide d'une description des tâches claire et intervenir si certaines demandes ne cadrent pas tout à fait avec le projet

- Toujours être disponible en cas de questions, d'ambiguïtés ou de problèmes
- Assurer le suivi de la formation des nouveaux CHW et actualiser les connaissances au sein de son équipe
- Proposer des améliorations sur base de ses expériences et de celles de son équipe
- Participer à des interventions avec d'autres collègues coaches
- Organiser des interventions hebdomadaires avec son équipe, au cours desquelles les expériences sont échangées, les cas sont discutés et où chacun peut apprendre de l'autre
- Mettre en réseau, rechercher et développer des opportunités avec des partenaires (locaux) dans le domaine des soins de santé, de la prévention et du bien-être
- Rendre compte du travail des CHW à la direction du projet
- Collaborer avec des partenaires Clés au sein des quartiers et qui ont des objectifs communs

Dans le profil du coach, on recherchait spécifiquement une expérience professionnelle dans le secteur de la santé et/ou du socioculturel ou un diplôme dans ce domaine. L'expérience du travail *de proximité* a été considérée comme une valeur ajoutée, de même que le fait d'avoir une affinité et un réseau avec la ville où le coach travaillerait. Une bonne connaissance du paysage des soins de santé en Belgique, ou une volonté d'en apprendre davantage, était requise. La connaissance du néerlandais et/ou du français et/ de l'allemand était nécessaire. La connaissance d'autres langues (comme l'anglais, le turc, l'arabe et les langues d'Europe de l'Est) était considérée comme un atout. En outre, les compétences suivantes ont été jugées essentielles pour travailler en tant que coach: compétences et expérience pour encadrer une équipe; attention à la diversité (culturelle); capacité à travailler de manière orientée solutions; familiarisation avec les outils informatiques; bonnes capacités d'écoute et de communication; personnalité mûre; bonnes capacités d'analyse; capacités d'organisation et de planification; capacité à gérer l'administration avec aisance; capacité à gérer, motiver et soutenir les personnes dans leurs missions; bonne capacité d'apprentissage; indépendance et intérêt pour travailler en équipe.

1.2.2 Recrutement

Dans toutes les régions, la même offre d'emploi a été rédigée respectivement pour les CHW et les coaches. Elle a été adaptée au contexte local en mentionnant les villes et les quartiers. Les offres d'emploi de CHW et de coaches ont été diffusées dans chaque région via divers canaux appropriés. En publiant l'offre d'emploi auprès des organisations locales dans chacun des quartiers sélectionnés, le projet CHW visait à recruter des personnes du quartier ou ayant une bonne connaissance de celui-ci et qui connaissent les difficultés rencontrées par le public cible. Une sélection a d'abord été faite par le coach et/ou le coordinateur local, parfois en accord avec une personne du groupe de travail des ressources humaines, sur la base de la candidature soumise, pour ceux qui ont été invités à un entretien. Plusieurs raisons pouvaient conduire à ne pas être invité à un entretien, notamment: ne pas correspondre au profil recherché; ne pas être immédiatement disponible; ne pas avoir d'expérience ou de formation pertinente; ne pas avoir de réseau dans le quartier. Au cours de l'entretien, les candidats ont été interrogés sur leur propre vécu, leur sentiment par rapport au groupe cible, leur vision et leurs valeurs, leur attitude au travail, leur lien avec l'équipe, leur réseau ou leur lien avec les quartiers concernés et leurs compétences sociales. Le multilinguisme a été considéré comme un atout supplémentaire, compte tenu des groupes cibles à atteindre dans les quartiers sélectionnés. Au cours de cet entretien, l'approche d'un cas spécifique a également été discutée. Pour

la composition de l'équipe, une certaine complémentarité et une certaine mixité étaient recherchées, en visant un équilibre entre les genres, l'expérience, la formation, le parcours de vie et les langues.

Community health workers

En Flandre, l'offre d'emploi pour le rôle de CHW a été partagée dans chaque ville à travers le réseau local du coordinateur et/ou du coach avec les organisations qui sont actives dans les quartiers concernés ou les organisations locales qui travaillent avec le groupe cible. En outre, à Ostende, certains habitants ont été contactés personnellement pour attirer leur attention sur l'offre d'emploi. Dans la ville côtière, 10 personnes au total ont postulé et 5 ont été invitées à un entretien. Début mai, l'équipe d'Ostende était au complet. À Anvers, outre la diffusion de l'offre d'emploi, les organisations partenaires potentielles ont été sollicitées afin d'identifier des candidats potentiels qui seraient en fin de contrat parmi leur personnel, et les organisations partenaires potentielles ont été sollicitées afin d'identifier des candidats potentiels qui seraient en fin de contrat parmi leur personnel. Pour l'équipe d'Anvers, un total de 18 personnes ont postulé pour la fonction de CHW à la mi-avril, et 11 ont été invitées à un entretien. Au début du mois de juin, l'équipe d'Anvers était au complet. À Gand, 22 personnes au total ont les organisations partenaires potentielles ont été sollicitées afin d'identifier des candidats potentiels qui seraient en fin de contrat parmi leur personnel en mai et 16 ont reçu une invitation à un entretien. L'équipe de Gand était au complet le 1^{er} juillet. À Tirlemont, 7 candidatures ont été reçues, toutes ont été retenues pour un entretien. L'équipe de Tirlemont était au complet fin juin. Enfin, à Genk, 10 personnes ont postulé pour le job de CHW à la mi-avril. Cinq personnes ont été invitées à un entretien. Fin mai, l'équipe de Genk était complète. Le coach de cette ville du Limbourg a remarqué que le caractère temporaire du projet constituait une barrière pour Certains candidats ayant à priori un bon profil, et qui se sont renseignés sur le poste mais n'ont pas postulé.

À Bruxelles, l'offre a été diffusée par l'intermédiaire d'Actiris, 11.be, le VDAB et Alterjob. Plus de 200 personnes ont postulé la fonction de CHW. Les responsables des ressources humaines ont sélectionné 50 candidatures, parmi lesquelles 16 personnes ont été invitées à un entretien. Le recrutement a commencé début avril et l'équipe était au complet début septembre.

En Wallonie et en communauté germanophone, le recrutement a commencé en avril par la publication de l'offre d'emploi via les organisations membres du RWLP. Leur connaissance du terrain et leur longue expérience avec des personnes vivant dans des conditions socialement vulnérables leur ont permis de s'adresser à des individus vivant dans des situations similaires, ce qui peut constituer une importante valeur ajoutée en tant que CHW. En outre, l'offre a également été diffusée dans les réseaux locaux, au sein des mutualités, auprès des personnes clés des quartiers et via Le Forem (Charleroi). À Liège, 13 personnes ont postulé et 12 ont été invitées à un entretien. Pour Verviers, il y a eu 13 candidats et 7 entretiens. Charleroi a eu 30 candidats et mené 13 entretiens. La Calamine-Eupen a reçu deux candidatures, et un candidat a passé un entretien. Les équipes de Liège, Verviers et La Calamine-Eupen étaient complètes en juin et celles de Charleroi en août.

Coaches

Afin de recruter rapidement les coaches et de ne pas retarder la mise en œuvre du projet CHW, l'offre d'emploi des coaches a été diffusée au sein des réseaux existants, sur les réseaux sociaux et parmi les collaborateurs des mutualités. Des candidats potentiels possédant des connaissances et une

expérience solide ont également été activement approchés pour évoquer le poste vacant et les inviter à postuler. À Gand, cinq personnes ont postulé, dont deux candidats qui n'ont pas été invités à un entretien parce qu'ils n'étaient disponibles qu'à temps partiel ou n'étaient pas immédiatement disponibles au début du projet. À Genk, trois personnes ont postulé. Tous les candidats potentiels ont été invités à un entretien, au cours duquel l'expérience pertinente, les compétences en matière de coaching, le réseau, le multilinguisme, la marge de progression et la disponibilité ont été évalués. À Genk et à Gand, un test de personnalité en ligne a aussi été effectué. À Tirlemont et à Anvers, des personnes ayant une expérience de responsable au sein des mutualités ont été recrutées pour le poste de coach. À Ostende, une candidate potentielle spécifique a été approchée pour postuler, elle était active dans le réseau pauvreté depuis très longtemps dans le cadre de son rôle pour la mutualité.

Pour Bruxelles, la fonction de coach a été publiée en externe pendant deux semaines et les personnes susceptibles d'entrer en considération pour cette fonction ont été activement contactées. En plus d'une personne qui a postulé par ce dernier canal, il y a également eu six autres candidatures. Toutefois, ces candidats ne correspondaient pas au profil recherché. Deux entretiens de recrutement ont été menés avec la première personne. Avec le départ de ce coach en juin, un deuxième tour de recrutement a été organisé. L'offre d'emploi a été publiée en ligne. Trois CHW ont également postulé la fonction de coach, et l'un d'entre eux a été sélectionné. Pendant les mois d'été, l'équipe de Bruxelles a cherché des CHW supplémentaires. Lors de ce tour de sélection, une personne s'est portée candidate et avait un bon profil de coach. Après un processus de sélection positif, elle a été engagée comme coach et le coach précédemment engagé s'est vu confier le rôle de coordinateur.

Les canaux utilisés pour diffuser l'offre d'emploi de coach étaient identiques à ceux utilisés pour le recrutement des CHW en Wallonie et en communauté germanophone. À Charleroi, un poste de coach à temps plein était disponible, pour lequel cinq candidats ont postulé et ont été invités à un entretien de sélection. À Liège-Verviers, un poste a été ouvert pour une fonction mixte, à savoir 40 % comme coach et 60 % comme CHW. Ici, les candidatures reçues pour la fonction de CHW ont été analysées et des entretiens ont été menés pour les cinq personnes qui ont montré un intérêt pour la fonction mixte et dont le profil pouvait être pris en considération. La fonction mixte a été créée afin de pouvoir organiser dès le début des activités la supervision sur le terrain avec une personne ayant un contact étroit tant avec les CHW qu'avec la communauté au sens large. Cela répondait également au besoin de flexibilité dans le cadre de l'équipe, par exemple en tant que back-up. Pour le poste de coach en région germanophone (0,2 EPT), une personne d'une mutualité a été détachée pour assumer cette tâche. Ce coach a une relation de travail étroite avec les coaches de Liège-Verviers. Pour Liège-Verviers, deux coaches à temps partiel ont été détachées d'une mutualité pour venir en soutien également.

1.2.3 Profil

Nous abordons maintenant le profil des CHW et des coaches dans ce projet, en prêtant attention à la diversité entre et au sein des régions.

1.2.3.1 Profil des Community Health Workers

Flandre

À Gand, sept CHW sont actifs, dont trois travaillent à mi-temps. L'équipe est composée de 6 femmes et d'un homme. Outre le néerlandais, ils maîtrisent un large éventail de langues, telles que l'allemand, l'anglais, l'arabe, le bulgare, l'espagnol, le français, le kurde, le roumain, le serbo-croate, le tigre, le tigrinya, l'arabe tunisien et le turc. Le plus jeune CHW a 28 ans, et le plus âgé 60 ans. Ils présentent des niveaux de formation très variés, allant de l'absence de formation jusqu'à un master en dentisterie (obtenu en Syrie), en passant par un diplôme d'études supérieures et une licence. Les CHW de Gand ont des expériences de vie très diverses et étendues, comme leur propre expérience de la pauvreté, l'expérience de réfugié, les traumatismes de la guerre et le regroupement familial. En outre, certains CHW ont une expérience professionnelle dans le secteur social, en tant qu'infirmiers et aides-soignants.

À Tirlemont travaillent deux femmes CHW issues de l'immigration, toutes deux très qualifiées avec un diplôme obtenu à l'étranger. Les deux femmes vivent à Tirlemont et ont 32 et 40 ans. Elles parlent toutes deux le néerlandais et l'anglais. L'une parle également le français, l'ukrainien, le russe et l'allemand. L'autre CHW parle aussi le javanais et l'indonésien. Elles ont de l'expérience dans le bénévolat, par exemple auprès de '*Vluchtelingenwerk Vlaanderen*' et d'une ONG locale. L'une des deux CHW a elle-même fui son pays d'origine pour venir en Belgique.

Ostende compte trois CHW. Deux CHW ne vivent pas dans les quartiers où ils travaillent, mais c'est le cas pour le troisième. Leur âge va de 41 à 62 ans. Un CHW est issu de l'immigration et a obtenu un diplôme universitaire en physique et un diplôme de gestion technique au Maroc ; en Belgique, il a obtenu le diplôme de technicien dentaire. Le deuxième CHW est un éducateur de formation qui possède une riche expérience de travail avec les sans-abris. Le troisième CHW est formé en tant qu'expert de vécu de la pauvreté. Les langues suivantes sont parlées par l'équipe CHW : néerlandais, français, anglais et arabe.

À Anvers, sept CHW sont actifs, quatre femmes et trois hommes, avec des formations et des expériences diverses. Ils ont entre 33 et 62 ans. Cinq CHW ont obtenu leur diplôme en dehors de l'Union européenne : ingénieur en construction ; master en littérature ; bachelier en sciences économiques ; master en psychologie et master en pédagogie. Trois CHW ayant des diplômes étrangers ont commencé de nouvelles études en Belgique. Deux CHW ont étudié en Belgique et ont obtenu un master en sciences de l'ingénieur appliquées et en orthopédagogie. La plupart d'entre eux ont une expérience professionnelle pertinente dans le cadre de la médiation de quartier, du travail chez SAAMO ou de l'intégration civique à la ville d'Anvers. Il y a également 3 collègues qui font du bénévolat au sein de la mosquée ou du '*Centrum voor Algemeen Welzijnswerk*' (CAW). En raison de la diversité des origines culturelles, 15 langues différentes sont parlées par l'équipe d'Anvers : néerlandais, arabe, berbère, créole, anglais, farsi, français, haoussa, italien, itsekiri, portugais, roumain, espagnol, yoruba et farsi-dari. En raison de la diversité des langues, chaque CHW est actif dans tous les quartiers. La plupart d'entre eux viennent des quartiers ou de la périphérie des quartiers où ils travaillent.

Les CHW de Genk sont tous originaires de la ville ou ont grandi dans le quartier où ils travaillent. Les quatre CHW, trois femmes et un homme, sont âgés de 27 à 54 ans. Un CHW possède un diplôme d'enseignement secondaire inférieur, deux CHW ont un diplôme d'enseignement secondaire supérieur, tandis qu'un CHW a également un bachelier en travail social. Ils sont tous issus de

l'immigration et parlent, outre le néerlandais, le turc, le français, l'arabe, l'anglais et l'allemand. Deux CHW sont actifs dans la vie associative à Genk. En outre, deux CHW ont également une expérience professionnelle en tant qu'éducateurs de rue et agents de développement de quartier. L'un des CHW a créé sa propre association et travaille depuis des années pour les personnes vivant dans des conditions sociales vulnérables.

Au cours de la première année du projet, les équipes d'Ostende et d'Anvers sont restées les mêmes. À Gand, une personne est partie au cours de la première année du projet parce que le travail ne correspondait pas à ses attentes. À la fin de la première année du projet, un autre CHW a également décidé de ne pas continuer pour la deuxième année. À Genk, la collaboration avec un CHW a été interrompue parce qu'il ne disposait pas des compétences nécessaires et du réseau déjà existant. À Tirlemont, la collaboration avec un CHW s'est arrêtée parce que cette personne ne correspondait pas à la description de fonction.

Bruxelles

L'équipe de CHW de Bruxelles se compose de 14 personnes (12 ETP), 6 hommes et 8 femmes, âgés de 25 à 46 ans. L'équipe de Bruxelles parle 11 langues différentes : français, néerlandais, allemand, espagnol, italien, russe, arabe, riff, créole, togolais et anglais. Les CHW sont répartis dans les différents quartiers, mais ils font appel les uns aux autres en fonction des besoins linguistiques. Les CHW ont suivi diverses formations, telles qu'assistant social, soignant, master en *Santé publique*, master en sciences de la communication et traducteur-interprète. Leur expérience professionnelle est également très diverse : certains CHW sont des diplômés récents, d'autres n'ont jamais été actifs dans le secteur social auparavant, et certains CHW ont déjà une grande expérience dans le secteur social avec un accent sur la santé.

Au cours de la première année du projet, deux CHW sont partis, l'un parce qu'on lui a proposé un autre emploi et l'autre parce qu'elle ne se sentait pas à l'aise dans sa fonction.

Wallonie et Communauté germanophone

Il y a 11 CHW actifs à Liège-Verviers, 8 femmes et 3 hommes âgés de 23 à 49 ans. Tous parlent français. En outre, certains CHW parlent également l'anglais, l'italien, l'espagnol, l'arabe, l'allemand, le kurde. La majorité d'entre eux (c'est-à-dire 9 CHW) vivent également dans le quartier où ils travaillent. Certains CHW ont partagé une expérience de vie avec le groupe cible ou ont eux-mêmes connu l'incertitude ou les difficultés d'accès aux soins. Cinq des CHW ont un diplôme d'enseignement secondaire supérieur. De plus, deux CHW ont un bachelier d'assistant social. Deux CHW sont encore en formation. Certaines personnes avaient une expérience antérieure en tant que bénévole ou en tant que travailleur, comme assistant administratif, aide-soignant dans une maison de soins, aide-ménagère. À la Calamine-Eupen, un CHW, un homme de 31 ans, travaille à plein temps. Il parle français, allemand, anglais et néerlandais. Enfin, 8 CHW sont employés à Charleroi, quatre hommes et quatre femmes, âgés de 22 à 47 ans. Ils habitent tous dans les quartiers où ils travaillent. Ils parlent tous français. Deux CHW parlent également anglais. Cinq CHW sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur, et deux CHW sont titulaires d'un diplôme de bachelier en d'assistant social. Enfin, un CHW a un niveau d'éducation secondaire inférieur. Certains CHW de cette

équipe ont déjà une expérience professionnelle, notamment dans la vente, le secteur social et l'enseignement.

Un CHW ne répondait pas à la mission, malgré l'accompagnement complémentaire du coach. Son contrat de travail a été résilié en août. Par ailleurs, en octobre, un CHW a souhaité réduire son temps de travail à supprimer je pense car la charge de travail à temps plein était trop difficile à assumer pour lui. Fin septembre, une nouvelle personne a rejoint l'équipe de Charleroi en tant que CHW. Au cours de la première année du projet, certains CHW ont été accompagnés plus intensivement et à la fin de la première année, le contrat d'un CHW n'a pas été renouvelé pour la deuxième année.

1.2.3.2 Profil des coaches

En Flandre, chaque ville compte un coach spécifique. À l'exception de Tirlemont et d'Ostende, où le coach travaille à mi-temps, tous les coaches travaillent à temps plein. Les trois coaches féminins et les deux coaches masculins ont tous déjà une expérience dans le secteur social. Certains d'entre eux ont déjà occupé un poste de responsable. Pour d'autres, il s'agissait d'une nouvelle expérience professionnelle. Trois coaches avaient déjà une expérience professionnelle dans l'une des mutualités, tandis que deux coaches ont été recrutés en externe.

Entre les mois de mars et décembre de la première année du projet, de nombreux changements sont intervenus au niveau du coach à Bruxelles. Le coach, qui travaillait à plein temps à Bruxelles à la fin de la première année du projet, possède une vaste expérience professionnelle dans le domaine de la promotion de la santé et en tant que médiateur interculturel auprès d'organisations non gouvernementales, telles que la Croix-Rouge et Médecins Sans Frontières. Elle a également travaillé comme déléguée aux Nations unies au Liban sur le thème des droits de l'homme. Elle a également de l'expérience dans la gestion d'équipes.

Tous les coaches de l'équipe wallonne et de la Communauté germanophone sont des femmes. À Liège, deux coaches sont actives (0,9 ETP), en partie en lien avec les mutualités. Elles ont une expérience professionnelle antérieure dans le secteur social, l'horeca et l'animation. Une coach est active à Verviers-Dison (0,4 ETP). Elle est infirmière sociale et travaille à temps partiel pour les mutualités. À La Calamine-Eupen, une coach est active (0,2 ETP), qui a travaillé dans le secteur social et est en partie liée aux mutualités. Charleroi compte une coach à temps plein avec une expérience professionnelle dans le secteur social. Elle n'est pas liée à l'une des mutualités.

1.2.4 Rémunération et autres avantages complémentaires

Les barèmes sont liés à l'indice des prix à la consommation, et sont indexés en conséquence conformément aux dispositions légales et réglementaires. Il existe deux barèmes pour les CHW. En fonction de leur expérience, ils sont repris soit au barème junior (sans expérience) soit au barème senior (expérience dans une fonction similaire). La fourchette se situe entre 2158,52 et 2699,04 euros. Pour les coaches, il n'existe qu'un seul barème. Selon leur expérience, ils reçoivent entre un an et sept ans d'ancienneté. La fourchette est comprise entre 2865,33 (échelle de la première année) et 3332,41 euros (échelle de la septième année).

En outre, les CHW reçoivent un treizième mois, qui est payé en décembre. La période de référence va du 1^{er} décembre au 30 novembre. Le double pécule de vacances suit la réglementation légale de 92 %. Les CHW reçoivent une indemnité de repas de sept euros net.

Les déplacements à la demande de l'employeur sont des déplacements de service. Le salarié peut soit demander un billet de transports en commun à l'avance, avancer l'argent et demander un remboursement pour les transports en commun, soit demander une indemnité kilométrique pour les kilomètres parcourus (0,24 € pour un déplacement à vélo, 0,3707 € pour un moyen de transport privé motorisé). Seuls les frais de déplacement professionnel sont remboursés aux montants forfaitaires kilométriques (0,24 euro par km à vélo et 0,3707 euro par km en voiture).

Les CHW bénéficient d'une assurance accident de travail ainsi que d'une assurance omnium pour les déplacements de service.

Le contrat de travail est à durée déterminée, jusqu'au 31 décembre 2021. Depuis l'annonce de la prolongation, de nouveaux contrats à durée déterminée ont été conclus pour l'année 2022 avec une date limite fixée au 31 décembre 2022. En outre, les travailleurs bénéficient d'une indemnité repas quotidienne. Ils sont par ailleurs soumis au secret professionnel et à l'obligation de discrétion, éléments pour lesquels ils ont signé une annexe au contrat de travail.

1.2.5 Suivi et coaching pendant la mise en œuvre du projet CHW

Les CHW sont accompagnés d'un coach local par ville pour leur fonctionnement quotidien. Le suivi des CHW par le coach se fait via des moments d'intervision en groupe, des discussions de cas et des conversations individuelles. Selon l'équipe, ces moments d'intervision prennent une forme différente. À Gand, par exemple, les thèmes d'intervision suivants, indiqués par l'équipe elle-même, ont été abordés : déontologie et éthique ; travail sensible à la culture ; attitude de base en tant que travailleur social. À Ostende, une attention a également été portée sur la discussion de la vision et de la mission, ainsi que sur l'approche des CHW et l'aspect technique. Les moments d'intervision ont été organisés trois fois par semaine au début du projet. Progressivement, ce rythme est passé à une fois par semaine, en combinaison avec des entretiens individuels. À Tirlemont, l'équipe a commencé par une concertation bimensuelle. Ce rythme est passé à une fois par semaine, où l'on s'attache à discuter de questions pratiques, de cas et de dilemmes. Divers sujets sont abordés, tels que la saisie uniforme des données dans l'application, l'attitude générale envers les parties externes/le groupe cible, la fixation de limites et l'assertivité. Des entretiens individuels, comme un entretien lié aux objectifs et des évaluations intermédiaires, ont également lieu. À Genk, les questions pratiques sont abordées lors des moments d'intervision, ainsi que les collaborations avec les organisations partenaires. En outre, on y fait un zoom sur les situations rencontrées lors d'une réunion hebdomadaire. À la demande des CHW, des moments d'intervision ont été organisés autour des compétences de communication à l'aide de jeux de rôle ; un jeu de qualité a été organisé en prêtant attention aux pièges ; une session a été organisée sur la façon de gérer le secret professionnel et la façon de fixer des limites dans le travail en tant que CHW a été discutée. De plus, des séances de coaching individuel ont été organisées avec les CHW de l'équipe de Genk. Au début de la mise en œuvre à Anvers, les CHWs ont travaillé avec une réunion bihebdomadaire. Ce afin de faire connaissance avec les collègues, d'échanger des connaissances sur les quartiers et de développer une méthode de travail agréable. Au fil du temps,

cette fréquence a été réduite à une fois par semaine. Lors de ces réunions hebdomadaires, des questions pratiques sont abordées, ainsi que des cas spécifiques.

Des réunions hebdomadaires sont organisées dans chaque équipe wallonne par les coaches pour assurer le suivi des CHW. Par ailleurs, depuis le début des activités des CHW, des moments d'intervision mensuels sont également organisés en collaboration avec le RWLP. Pendant ces interventions, les CHW discutent ensemble des défis de leur travail. À propos de ces interventions, Christine Mahy, secrétaire générale et politique du RWLP, déclare que : « *L'intervision est un dispositif particulier de rencontres entre pairs professionnels afin qu'ils échangent leurs expériences. Elle se révèle être un soutien utile si pas nécessaire aux professionnels de l'accompagnement : c'est un outil qui aide à faire face aux difficultés de ces métiers. En effet, ces professionnels se trouvent souvent pris dans des enjeux contradictoires entre exigences de réponses simplifiées facilement évaluables, et complexification des besoins des citoyens et des institutions* ». Les interventions peuvent aider les CHW à analyser ensemble ces défis et, si possible, à les transformer en opportunités de développement et d'innovation.

À Bruxelles, les CHW, le coordinateur et les coaches se retrouvent lors d'une réunion hebdomadaire, pour échanger sur les activités réalisées et les défis à relever. Au cours de cette réunion, des solutions à ces défis sont recherchées, et le soutien dont les CHW ont besoin dans les semaines à venir est discuté. Pour certains sujets spécifiques, des groupes de travail ont été organisés auxquels participent les CHW, comme par exemple sur la vaccination et la présentation du projet CHW aux acteurs locaux. Certains CHW sont aussi des référents thématiques. Il s'agit de personnes qui ont de vastes connaissances sur un certain sujet et vers lesquelles les autres CHW peuvent se tourner en cas de questions sur des thèmes tels que la toxicomanie, les personnes sans permis de séjour et les sans-abris. Enfin, il y a aussi l'accompagnement individuel et l'accompagnement quartier par quartier apporté aux CHW par le coach lors de visites de terrain et de réunions individuelles.

Les coaches n'ont pas reçu de formation complémentaire, mais ont eu des moments d'intervision. Il y a eu, par exemple, un moment d'intervision organisé au niveau fédéral durant lequel l'ensemble des coaches de toutes les équipes ont échangé leurs expériences de manière interrégionale. En outre, les coaches de Wallonie et de la Communauté germanophone ont également participé à des moments d'intervision qui leur étaient spécifiquement destinés. Ceux-ci ont été organisés de la même manière que ceux des CHW. En Flandre, avec un coach des mutualités, une intervention a également été mise en place pour les coaches, avec un accent mis sur la gestion d'une équipe.

1.3 Matériel d'intervention et de soutien

Sur base de la littérature académique et des rapports disponibles, une liste des obstacles à l'accès aux soins les plus couramment rencontrés par les personnes vulnérables a été établie. À partir de cette littérature, six groupes d'obstacles ont été identifiés en relation avec les thèmes suivants: (1) les barrières financières (ex. les coûts directs, indirects et alternatifs); (2) la complexité administrative (ex. les processus administratifs complexes pour le remboursement); (3) les barrières pratiques (ex. la mobilité géographique et la précarité de l'emploi); (4) la langue (ex. la barrière de la langue lors de l'entretien entre le médecin et le patient); (5) la culture (ex. une vision culturelle différente de la santé et des soins de santé); et (6) la confiance (ex. le manque de confiance dans le personnel de santé et la

crainte des conséquences en cas de séjour illégal) (Levesque, Harris et al. 2013, Chauvin, Simonnot et al. 2014, Huis voor gezondheid 2014, Benamar, Buzaku et al. 2015, RIZIV and Médecins du Monde 2016, Onyango, Schatz et al. 2017, R. W. Aldridge, K. Miller et al. 2017, Buffel and Nicaise 2018, Corscadden, Levesque et al. 2018, Devos, Cordon et al. 2019, Thys 2020) Cette liste d'obstacles a été abordée auprès du groupe cible en collaboration avec le RWLP, qui a organisé un focus group avec des experts du vécu en matière de pauvreté. En outre, en collaboration avec la Mutualité chrétienne d'Ostende et la *'Federatie van Mondiale en Democratische Organisaties (FMDO) Oostende'*, des entretiens ont été menés avec des personnes du groupe cible afin d'affiner et d'optimiser cette liste d'obstacles. On y a abordé plus spécifiquement l'accès aux soins de santé de première ligne, avec une attention spécifique supplémentaire au contexte COVID-19.

Pour répondre à l'objectif global du projet CHW (cf. rapport d'introduction), les objectifs généraux de la mission ont été définis: (1) établir la confiance et identifier les obstacles à l'accès aux soins de santé rencontrés par le groupe cible ; (2) améliorer la connaissance du système de soins de santé belge et la connaissance des droits disponibles ; (3) améliorer les connaissances en lien avec le COVID-19 et les mesures actuelles. Pour chacun de ces trois thèmes, les CHW ont examiné comment les obstacles transversaux (barrière de la langue, barrière culturelle, manque de confiance, barrière administrative, barrière pratique et barrière financière) qui y sont liés pouvaient être abordés.

L'instauration d'un climat de confiance est au cœur du travail des CHW. Le premier contact est ici essentiel. Le CHW dispose de l'espace nécessaire pour prendre suffisamment de temps pour comprendre la situation individuelle et les attentes de la personne et pour identifier ses besoins en matière de soins de santé. Afin de pouvoir atteindre (à nouveau) les personnes vulnérables mal assistées, il est important de prendre suffisamment de temps pour cette activité. En outre, en fonction de chaque situation individuelle, d'autres activités sont également fournies par les CHW, comme l'accompagnement physique pour certaines tâches administratives ou pour aller chez le médecin. Pour beaucoup de ces personnes, un suivi après la consultation ou après le début du traitement peut être nécessaire pour s'assurer, par exemple, que les prescriptions de médicaments sont utilisées ou que des examens complémentaires sont effectués.

Les CHW décrivent également les obstacles qu'ils observent en matière d'accessibilité aux soins de santé. Ils les signalent à leur coach. Un aperçu des signaux émis se trouve à la partie 2 (cf. chapitre 2.2.3).

Les CHW sont déployés dans les quartiers qui ont été sélectionnés (cf. Tableau 1 sous 2.1.1). Il est important de noter que les CHW soutiennent également les personnes dans la rue ou dans une association locale mais qui ne vivent pas dans ces quartiers. Ce contact peut se faire sur la base d'un flyer, d'une carte de visite ou par tout autre moyen utilisé pour faire connaître la mission des CHW. Les expériences positives peuvent éventuellement conduire à des contacts spontanés avec d'autres personnes appartenant au groupe cible du projet. Le bouche à oreille s'avère être un élément important de la « promotion » du travail des CHW.

1.3.1 Matériel d'intervention

Pour soutenir le travail des CHW, les outils existants ont été rassemblés et un inventaire des outils indispensables à développer a été effectué. Les outils existants ont été regroupés de manière à pouvoir être utilisés par les CHW. De plus, une illustration a été développée autour des trois activités principales des CHW en collaboration avec une illustratrice : information sur le système de santé, identification des barrières rencontrées par la personne dans l'accès aux soins et information sur les soins et les règles liés au COVID-19. Pour chaque illustration, un guide de discussion correspondant a été élaboré à l'attention des CHW, qui pouvait les aider à entamer une conversation sur les soins de santé et les obstacles que la personne du groupe cible peut rencontrer ou non. Cette illustration et le guide de discussion ont été analysés avec les collaborateurs de SAAMO. En raison du temps limité disponible pour développer le matériel et du fait qu'aucun CHW n'avait encore été recruté, il n'y a pas eu de possibilité de le vérifier avec le groupe cible et les CHW eux-mêmes. Cela peut être considéré comme une limitation majeure pendant le développement. Les illustrations ont été mises à la disposition des CHW pour qu'ils puissent les utiliser s'ils le jugeaient approprié dans leur interaction avec le groupe cible à ce moment-là. Elles sont disponibles au format A4, mais aussi sous forme de fiches séparées pour approfondir certains thèmes spécifiques. La figure 5 illustre le continuum de l'accès aux soins et -les obstacles qu'un patient peut rencontrer. Ce continuum de soins était basé sur le modèle théorique de Levesque et collègues (2013), qui sera expliqué plus en détail dans la partie 2 du présent rapport.

Figure 5 : Exemple d'illustration du « parcours de soins »



1.3.2 Matériel informatique

Au début de leur présence sur le terrain, les CHW ont reçu un téléphone et une tablette. Cette tablette possédait l'application Streetsmart (développée par l'asbl Mobile School), qui comporte des questions que les CHW pouvaient remplir pour chaque activité réalisée. Au fil du temps, les tablettes ont été complétées par un clavier externe pour améliorer la maniabilité. Cependant, les CHW ont indiqué que le téléphone et la tablette n'étaient pas optimaux pour soutenir leur travail. Il a donc été décidé de passer aux smartphones et aux ordinateurs portables pour répondre à cette préoccupation.

1.4 Formation

En Flandre, les CHW ont reçu, au début du projet, une formation introductive de trois jours sur les techniques d'entretien, le travail de proximité, le système de soins de santé, l'orientation et la politique COVID-19. En Flandre, cette formation a été donnée par un collaborateur des mutualités qui a une grande expérience de la formation. En Wallonie, les CHW ont reçu une formation de base de quatre jours, qui comprenait une présentation du projet et du rôle du CHW, une formation sur les obstacles à l'accès aux soins, des informations sur la sécurité sociale, une attention aux interventions possibles et à la manière d'organiser le travail en tant que CHW, une formation sur l'outil d'enregistrement et une attention à une approche sans jugement. À Bruxelles, la formation de démarrage a duré 1 semaine. Elle a été organisée en collaboration avec le RAQ et les formateurs provenaient de différentes organisations et instances, comme La Commission communautaire (Cocom), Arc Bruxelles, la Fédération Bruxelloise de la Promotion de la Santé, Cultures et Santé, Brusano et La Fédération des Services Sociaux Bicommunautaires (FdSSB). La formation était principalement théorique et comprenait les aspects suivants : cadre déontologique du travail social, outils de promotion de la santé, comment combler le fossé numérique, un aperçu des acteurs sociaux à Bruxelles, et des acteurs impliqués dans la réponse COVID-19 à Bruxelles.

Après cette formation initiale, des formations supplémentaires ont été données à la demande des CHW. Ces formations ont été organisées par région ou par ville. Par exemple, les CHW de Flandre ont reçu une formation supplémentaire pour faire face à l'agressivité et communiquer avec des personnes d'origines culturelles diverses. Ces formations ont été organisées en collaboration avec des organisations externes, telles que 'Gezond Leven'. À Gand, les CHW ont également reçu des explications supplémentaires sur le système de soins de santé et le fonctionnement des mutualités, ainsi que des explications sur la politique de vaccination et de COVID-19 au niveau local à Gand, des aides sur le travail orienté vers l'avenir avec et pour les personnes sans permis de séjour légal, des informations sur les différents statuts de séjour et une formation sur la déontologie. À Ostende, les CHW ont reçu des informations complémentaires sur l'assurance maladie, l'intervention majorée et le dossier médical global, entre autres. À Anvers, une plus grande attention a été accordée au guide de vaccination. À Bruxelles, les CHW ont reçu les formations complémentaires suivantes : une formation très pratique de plusieurs jours sur « le travail de proximité à travers les maraudeurs » (formation organisée par DoucheFlux), la communication non violente (formation donnée par l'Association pour la Communication NonViolente de Belgique Francophone (ACNV-BF)), le premiers secours en cas d'accident (organisé par Vivance), et un cours de recyclage sur la vaccination COVID-19 - du point de vue biomédical (Cocom) et du point de vue de la littératie en matière de santé (Cultures & Santé). En Wallonie, des formations complémentaires ont également été organisées sur

des thèmes tels que la vaccination COVID-19, les outils pédagogiques pour renforcer le dialogue avec le groupe cible, la déontologie et le secret professionnel.

1.5 Protection contre le COVID-19

Le projet prévoyait l'équipement de protection nécessaire aux CHW en relation avec le COVID-19. Plus précisément, des masques buccaux, du gel pour les mains, un spray désinfectant et des mouchoirs en papier ont été fournis. En outre, les CHW en Flandre ont été placés sur la liste prioritaire pour la vaccination contre le COVID-19 jusqu'à une date spécifique. Les CHW recrutés après cette date pouvaient prétendre à la vaccination comme le reste de la population. En Wallonie et à Bruxelles, les CHW ont été vaccinés par les canaux habituels.

1.6 Employeur

Le projet a été confié aux organismes assureurs. Un employeur uniforme a été choisi pour tous les CHW, à savoir l'entité InterMutualiste (asbl I.M), auprès de laquelle les collaborateurs ont été recrutés avec un cadre identique en matière de rémunération et de conditions de travail.

L'association I.M vzw a pour objet d'organiser, de coordonner et de réaliser en commun des services, ainsi que d'effectuer des achats, au profit de ses membres, afin de parvenir à une gestion plus économique dans ce secteur social grâce à des économies d'échelle. Les services ou livraisons sont effectués au profit de ses membres et sont réalisés au prix coûtant, éventuellement majoré de frais d'administration.

L'asbl I.M peut de manière générale accomplir toutes les opérations directement ou indirectement nécessaires ou utiles à son objectif, y compris l'exercice de la propriété ou d'autres droits commerciaux sur des biens meubles et immeubles.

1.7 Mesures de confidentialité et de sécurité

Le projet CHW a pris des mesures concernant la protection de la vie privée. Les organismes assureurs concernés ont été consultés et étroitement impliqués dans la mise en œuvre des actions mentionnées ci-dessous via divers organes de concertation. La coordination de l'aspect vie privée et sécurité a été organisée par l'équipe « vie privée et sécurité » (département RSL) des Mutualités chrétiennes (MC), en étroite concertation et collaboration avec le DPO InterMut (concertation intermutualiste ad hoc en lien avec la vie privée). Les informations et la communication sur les mesures de confidentialité et de sécurité ont été communiquées au comité de pilotage CHW.

Concernant la vie privée et la sécurité, plusieurs mesures ont été prises au cours du projet CHW, notamment un Data Protection Impact Assessment (DPIA)¹. Ce DPIA a été réalisé pour le projet CHW

¹« L'article 35 du Règlement général sur la Protection des Données (RGPD) impose qu'une analyse d'impact relative à la protection des données soit effectuée avant le traitement lorsque ce dernier est susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et libertés des personnes physiques. Cette procédure permet d'évaluer à la fois les risques encourus et la manière dont ils peuvent être maîtrisés. » Pour plus d'informations, voir : <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/professionnel/rgpd/-analyse-d-impact-relative-a-la-protection-des-donnees>

afin d'identifier les risques pour la vie privée, de sorte que ceux-ci puissent être traités en mettant en œuvre les mesures d'atténuation nécessaires.

Les collaborateurs CHW entrés en service chez asbl I.M. ont été invités à signer les documents suivants : « Déclaration de secret professionnel - Obligation de discrétion - Déontologie et Convention individuelle de mise à disposition d'un ordinateur/portable/tablette et/ou d'une connexion Internet ». Avec cette convention, les collaborateurs sont informés de la façon dont le matériel peut être utilisé ainsi que d'un certain nombre de principes de confidentialité et de sécurité.

Pour le personnel de l'asbl I.M, une déclaration interne de confidentialité a été rédigée. En outre, une déclaration de confidentialité et une politique en matière de cookies ont également été élaborées pour le projet CHW. Elles sont publiées sur le site web du CHW en néerlandais, français, anglais et allemand (et sont consultables [ici](#)).

Un soutien et des conseils ad hoc en matière de confidentialité et de sécurité ont également été fournis au cours du projet. Par exemple sur l'utilisation des applications de communication.

Pour le volet de recherche qualitative de ce projet, un accord de collaboration et de traitement a été conclu avec l'Université d'Anvers. Pour la collecte de données quantitatives, une évaluation de la confidentialité et de la sécurité a été effectuée auprès de '*Mobile School vzw*'. Ce questionnaire a permis d'évaluer le niveau de confidentialité et de sécurité du fournisseur concerné. Par la suite, un accord de collaboration et de traitement a été conclu avec '*Mobile School vzw*'.

1.8 Budget

Le budget alloué a été restructuré au cours du démarrage, sans toucher au montant total prévu. Le budget initial ne prévoyait que le recrutement des CHW. Dès le début, il est apparu clairement qu'il fallait également que des coaches accompagnent les CHW dans leur travail. Toujours en termes de coordination, il est apparu immédiatement qu'en plus d'un coordinateur fédéral intermutualiste, une coordination était également nécessaire au niveau régional. Le budget a donc été adapté en fonction de la structure de gestion du projet prévue. En outre, les frais de déplacement et le coûts du matériel de protection ont été surestimés et une partie du budget prévu à cet effet a été transférée vers d'autres postes existants et nouveaux. Comme la mise en place d'une structure d'encadrement - telle que décrite dans cette première partie du rapport - a pris du temps, les CHW n'ont été recrutés qu'à partir d'avril. Le coût salarial des CHW étant le poste de dépense le plus important, cela a créé une marge de manœuvre budgétaire au cours de la première année du projet.

2. Mise en œuvre sur le terrain

Après avoir sélectionné les quartiers et affecté les CHW par quartier, une analyse des stakeholders a été menée dans chaque quartier. Sur la base de cette analyse, des partenariats ont été établis avec des organisations locales.

2.1 Sélection des quartiers et affectation des CHW par quartier

L'Agence intermutualiste (AIM) a publié en 2019 un rapport sur les inégalités de santé (Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste 2019). Les auteurs concluent : « Plus on

descend dans l'échelle sociale, plus l'état de santé se dégrade, et plus les maladies deviennent graves, chroniques et invalidantes. (Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste 2019: p. 4). Il existe un clustering par position socio-économique dans différents quartiers (Avalosse, Maron et al. 2019). Dans ce contexte, le projet CHW se concentrera sur les quartiers vulnérables.

2.1.1 Sélection des quartiers

Afin d'opérer une sélection des quartiers des villes belges qui entraient en ligne de compte pour le projet CHW, les données fournies par l'AIM ont été utilisées. L'AIM a établi un classement des villes et des quartiers en fonction du revenu moyen par famille. En outre, cette liste a également donné un aperçu de l'ordre de grandeur du nombre de personnes vulnérables dans les quartiers urbains (indication du nombre de familles sur la base du nombre de déclarations fiscales par quartier). En outre, une estimation de la capacité d'intervention par équivalent temps plein des CHW a été réalisée. À cette fin, une semaine de travail moyenne d'un CHW a été établie, avec de la marge pour les interventions individuelles et les activités de groupe et du temps pour la formation et l'administration. De plus, une estimation du nombre d'interventions réalisables en moyenne par un CHW a été réalisée. Plus spécifiquement, il a été estimé qu'un CHW à temps plein pourrait réaliser 117 interventions pendant 9 mois.

Le classement des quartiers et l'estimation de la capacité d'intervention ont été comparés. Sur cette base, une liste préliminaire de quartiers ayant une population suffisamment importante et un faible revenu moyen par famille a été établie. Cette liste provisoire a été vérifiée avec la commission d'accompagnement et avec les acteurs locaux, dont *SAAMO*, *FMDO*, *Kind & Preventie*, et a été comparée à l'indice de pauvreté par commune pour la Flandre. Cet exercice a largement confirmé la sélection effectuée et a donné lieu à des ajustements mineurs. La sélection des villes a également été faite de manière à assurer une répartition sur l'ensemble des provinces en choisissant une ville dans chaque province flamande. Pour effectuer la sélection finale des quartiers, il a également été vérifié si les quartiers sélectionnés forment une zone logique de travail où plusieurs équivalents temps plein peuvent être déployés. En unissant les forces et en déployant plusieurs CHW dans chaque quartier, le projet visait à générer un impact aussi important que possible. Le tableau 1 donne un aperçu des quartiers finalement sélectionnés par ville.

À Bruxelles, des réunions et une concertation ont été menées avec le Cabinet du Ministre Maron et la COCOM afin d'articuler ce travail de sélection des quartiers avec le projet RAQ (Relais Actions Quartier). La sélection des quartiers de Bruxelles a tenu compte du profil et des besoins des habitants. Le projet RAQ se concentre sur 12 communes de la région de Bruxelles-Capitale avec 18 RAQ. Les 12 CHW sont répartis sur 6 autres communes. En accord avec le projet RAQ, les quartiers de Bruxelles ont été répartis entre les deux projets afin d'obtenir une bonne répartition à Bruxelles. Certaines zones ont été étendues afin d'accroître les possibilités de collaboration avec les partenaires locaux.

En Wallonie, il a été décidé de concentrer les efforts et de se focaliser sur trois zones autour des villes de Verviers, Liège et Charleroi, qui sont particulièrement vulnérables. À la demande expresse d'une concertation inter-cabinets, deux zones ont été ajoutées, qui font partie de la Communauté germanophone: La Calamine et Eupen. La liste des quartiers a été restreinte sur la base de deux critères: (1) territorial: les quartiers ou communes isolés ont été exclus; (2) revenu: les communes ou

quartiers qui avaient tous (ou en grande majorité) un revenu moyen supérieur à 21 685 € ont aussi été exclus. Contrairement aux autres régions, la Wallonie compte de nombreuses zones rurales. Cependant, pour des raisons logistiques et en raison du nombre limité de CHW, il n'a pas été possible de sélectionner ces quartiers ruraux à faibles revenus, souvent isolés.

Particularités en raison des inondations : Les graves inondations qui ont touché plusieurs régions de Wallonie en juillet ont concerné des zones qui étaient déjà impliquées initialement dans le projet CHW. Il a été décidé d'y intensifier les activités des CHW afin d'aider ces quartiers, qui souffrent encore aujourd'hui des conséquences des inondations. Elles ont eu pour effet d'accroître les besoins déjà existants dans ces quartiers. L'accès à un logement décent est une priorité pour des milliers de personnes, mais l'accès aux soins de santé, notamment à la santé mentale, est également un besoin important qui ne cesse de croître. Pendant cette période de crise, les CHW ont souvent fait du porte-à-porte avec d'autres partenaires locaux pour offrir une aide d'urgence. Cela a donné lieu à de nombreux contacts et demandes de soutien dans le cadre de la mission des CHW. Un résultat positif a été l'accélération de l'intégration des CHW dans le paysage local avec les habitants et les partenaires actifs dans ces quartiers. La présence régulière dans certains quartiers, comme celui d'Angleur, est devenue plus limitée avec l'arrivée de l'hiver car d'autres partenaires ont réduit leurs permanences, que les CHW utilisent. De nombreux habitants ont également quitté leur maison pendant l'hiver en attendant des travaux, comme la réparation des conduites de gaz.

Tableau 1 : Quartiers sélectionnés par ville

Flandre	
Genk	Kolderbos, Nieuw-Sledderlo, Zwartberg-Noord, Nieuw-Texas et Waterschei-Noord.
Gand	Brugse Poort, centrum, Bloemekeswijk, Watersportbaan, Nieuw Gent, Sint-Amandsberg, Dampoort, Rabot, Muide, Sluizeken
Ostende	Quartier du vieux centre, quartier de l'hôpital, Westerkwartier, Mariakerke, Zandvoorde, Raversijde, Stene, Konterdam, quartier du phare, Zandvoorde
Anvers	Dam, Stuivenberg, Amandus-Atheneum, Borgerhout (Intramuros), quartier de la gare centrale
Tirlemont	Lunevillelaan, Kapucijnenhof, Rozenhof, Nieuw Overlaar
Bruxelles	
Anderlecht	Centre, Peterbos, Moortebeek, Scherdemael, Veewijde, Rad, Klaverswijk, Bizet, Roue, Ceria, Parc Astrid, Veemeyde-Aurore
Bruxelles (ville)	Marolles, Anneessens, Dansaert, Quais, Béguinage-Dixmude, Martyrs, Grand-Place, Stalingrad
Neder-over-Heembeek	Versailles, Zavelput, Heembeek
Schaerbeek	Gare de Schaerbeek, Helmet, Conscience, Paix
Jette/Laken	Modelwijk, Houba, Leopold, Bockstael, vieux Laeken Ouest, Vieux Laeken Est, Heysel, Essegghem
Wallonie et Communauté germanophone	
Dison	Dison centre, Pisseroule, Renoupré

Verviers	Abattoir Charrons, Chapelier Ensival Centre, Dison Fyon, G�rarchamps Besme, Hodimont, Jean Lambert, Laines, Limbourg, Marché, Martyr, Pré Javais, Surdents Haute Crotte Couvalle, Verviers Centre
Liège	<u>Liège</u> : Amercoeur, Bressoux 1-3, Droixhe, Liège-centre 1, Longdoz, Outremeuse 1-2, Saint-Léonard 1-3, Sclessin, Sous-les-vignes de Sclessin, Tribouillet <u>Saint-Nicolas</u> : Hauts de Tilleur, Tilleur Centre, Tilleur Cimet��re <u>Seraing</u> : Beau Site, Belle Pierre, Biez du Moulin, Jemeppe, La Bergerie, Laveu, Le Val Potet, Lize Makets, Ougrée Centre, Seraing Centre, Vieille Espérance
Charleroi	<u>Charleroi</u> : Couillet Centre, Dampremy Centre, Fourcault-Coucou, Gilly Haies, La Bouchet�re, La Docherie, La Ville Basse, La Ville Haute, Le Faubourg, Le Sart Albert, Les Fiestaux, Les Quatre Bras de Gi, Les Trieux-Saint-Jean, Marchienne Etat, Marchienne Est-Forêt, Matadi, Montignies Centre <u>Chatelet</u> : Avenue Pastur, Boubier, Chatelet Centre, Chatelineau Centre, Chatelineau Cimet��re, Hôpital, La Chambre, Le Faubourg, Rue de Namur
La Calamine-Eupen	Quartiers de La Calamine et d'Eupen

La procédure de sélection et la liste des quartiers ont été présentées à un comité d'orientation composé d'experts de terrain, qui ont vu de nombreuses similitudes avec leur expérience d'autres projets et ont donné leur approbation aux quartiers sélectionnés et aux villes correspondantes.

2.1.2 Répartition des CHW entre les différents quartiers

L'accord avec l'INAMI indiquait que 50 ETP CHW seraient employés. Afin de savoir combien de quartiers peuvent être abordés avec ces 50 ETP de CHW, la répartition entre les régions a d'abord été calculée.   cette fin, différents scénarios ont été élaborés, et celui de la répartition entre les régions sur la base du revenu moyen des 20 % les plus faibles, pondéré par la population correspondante, a été retenu. Il en résulte la répartition suivante entre les trois régions de Belgique: La Flandre emploie 21 CHW, la Wallonie et la Communauté germanophone disposent de 17 CHW et Bruxelles s'est vu attribuer 12 CHW. Après cette première répartition au démarrage, les coordinateurs de chaque région se sont att l s à calculer le nombre de CHW pouvant être mis à disposition en fonction des quartiers sélectionnés dans une ville. Les CHW ont ensuite été recrutés en fonction des besoins dans le cadre du budget qui leur était alloué. Le tableau 2 donne un aperçu de la distribution des ETP CHW par ville qui ont initialement été recrutés.

Tableau 2 : Nombre de CHW par ville sélectionnée

Région flamande		Région wallonne et Communauté germanophone		Région bruxelloise	
Tirlemont	2 ETP CHW	Verviers-Dison	3 CHW	Anderlecht	2,5 ETP CHW
Anvers	6 ETP CHW	Liège	7 CHW	Bruxelles (ville)	2 CHW
Ostende	3 ETP CHW	Charleroi	7 CHW	Neder-over-Heembeek	2 CHW

Gand	5 ETP CHW	La Calamine-Eupen	1 CHW	Schaerbeek	2 CHW
Genk	4 ETP CHW			Jette/Laken	3,5 CHWs

2.2 Analyse des stakeholders par quartier

Les équipes locales ont entamé à une analyse des stakeholders de leur quartier. Les différentes organisations existantes et actives dans le quartier ont été répertoriées. Il a été décidé quelles organisations devaient être informées du projet des CHW et avec lesquelles des partenariats pourraient être établis. Pour la mise en œuvre du projet CHW sur le terrain, l'accent a été mis sur la collaboration avec les acteurs locaux qui sont actifs dans le quartier depuis des années. Ces collaborations étaient importantes au début du projet CHW afin, entre autres, de pouvoir recruter des CHW ayant un lien avec le groupe cible. En outre, il a permis au projet CHW d'atteindre plus rapidement et mieux les personnes du groupe cible socio-économiquement vulnérable.

2.2.1 Flandre

Une analyse des stakeholders a été réalisée pour chaque ville. Au démarrage, les coordinateurs locaux de certaines villes flamandes ont soutenu cet exercice (cf. 2.1.2.1). À Tirlemont, Ostende et Anvers, l'analyse des stakeholders a commencé par une liste de diverses organisations actives dans les domaines de la pauvreté, de la diversité et des soins de santé accessibles. Par la suite, ces organisations ont été contactées pour présenter le projet CHW et voir s'il y avait des possibilités de collaboration. Sur la base de ces discussions, de nouvelles suggestions de partenaires potentiels ont également été formulées dans certaines villes, qui ont été contactées à leur tour. À Gand et à Genk, l'analyse s'est faite davantage au niveau du quartier. À Ostende, les CHW eux-mêmes ont été chargés de la première analyse du quartier.

Tirlemont

À Tirlemont, les organisations suivantes ont été recensées et contactées : *'Inloopcentrum Amerant', 'ERM 'N ERM', 'Bezorgd Om Mensen' (BOM), 'Mensen In Nood' (MIN) / 'Kerk in nood', 'Soepcafé', 'Broeders Alexianen', 'Wijkgezondheidscentrum', 'Vierkappe's, 'Toegankelijk Tienen', 'Huis van het kind', 'Centrum Algemeen Welzijnswerk' (CAW) Oost Brabant, Centre public d'aide sociale (CPAS), ville de Tirlemont (Sociaal Huis), 'Stadsakker', 'Hestia', 'OverKophuis Tienen', 'Veerhuis Siddhartha', 'Kringwinkel HagelandTienen', 'Huisartsenwachtpost', 'Tiense wereldvrouwen', 'Voschod', 'SAAMO Vlaams Brabant', 'Arktos', bourgmestre de Tirlemont, 'Integratie en inburgering Vlaams-Brabant', 'Eerstelijnszone Zuidoost Hageland' et 'Verbonden in ZOHrg'. Afin de faire connaître le projet CHW à Tirlemont, une présentation a été donnée, à laquelle ont été invités les différents stakeholders. En outre, de nombreux flyers ont été distribués dans les quartiers socialement vulnérables, un article a été publié dans un magazine local sur les CHW et les organisations et les personnes ont été abordées activement pour présenter le projet.*

Ostende

À Ostende, les organisations suivantes, notamment, ont été informées du projet CHW et les possibilités de collaboration ont été examinées: *'De Beweging van Mensen met Laag Inkomen en Kinderen', 'All Together for Dignity' (ATD) 'Vierde Wereld', 'S'amen DiVers', 'SAAMO', 'Arktos', 'Algemeen Christelijk Vakverbond' (ACV), 'De takel', 'Klein verhaal', 'CAW', 'De katrol', 'Arcade',*

'Avansa', 'Ligo', 'FMDO', 'Straathoekwerk', ville d'Ostende (coordinateur pauvreté et coordinateur politique des signaux), 'Jakoeboe', CPAS, 'Colsol' et 'Dokters van de wereld'.

Anvers

À Anvers, le projet CHW a été présenté, entre autres, aux organisations suivantes. Ce qui a débouché sur plusieurs partenariats: *'CAW', 'SAAMO', 'Gezondheidskiosk'* (initiative de Logo Antwerpen et Université d'Anvers), *'Atlas', 'Dokters van de Wereld', 'Dienst Extra'* (ville d'Anvers), *'Welzijnsoverleg Den Dam & Borgerhout', 'STA-AN', '1 gezin 1 plan'*, les différentes mutualités, diverses maisons de quartier (*'De Buurt, De wijk, Elegast, 't werkhuis'*), équipe de soins CAW et *'Huis van het kind'*. Lors de l'analyse des quartiers à Anvers, une attention particulière a également été accordée au profil des habitants et à leurs besoins.

Gand

À Gand, un aperçu des informations générales sur le quartier a été établi pour chaque quartier, complété par un aperçu des différents acteurs de la santé, des acteurs urbains pertinents (stewards de quartier, travail de rue, initiative d'accueil communale, service santé), des centres de santé du quartier, des asbl locales, des acteurs de l'aide sociale actifs dans ce quartier, notamment *'SAAMO', 'CAW'* et les centres d'accueil. En outre, les partenariats et réseaux existants ont été cartographiés - en collaboration avec les acteurs de quartier et les agents sociaux: *'Gentse Solidariteitsfonds', services 'Kring Rond Armoede in de Stad' (KRAS)* et équipes d'action de quartier. Le coach de Gand était déjà impliqué dans plusieurs de ces réseaux existants. Des réunions ont également eu lieu avec les *'Gezondheidsgidsen Gent'* (un projet du CPAS de Gand et de la ville de Gand). À Gand, il a été décidé d'abandonner l'approche axée sur les quartiers et de travailler principalement avec les partenariats existants qui s'adressent aux personnes vivant dans des conditions socialement vulnérables, comme le *'Gentse Solidariteitsfonds'* et les services KRAS.

Genk

La ville de Genk poursuit une approche intégrée axée sur le territoire, dans laquelle elle accorde une importance maximale à la collaboration entre les différents acteurs du quartier et les services communaux. Ces services disposent d'analyses chiffrées solides et d'informations sur les 30 quartiers de Genk, auxquelles le projet CHW a pu faire appel. Cela s'est fait en étroite collaboration avec les managers de quartier, qui sont responsables de ce fonctionnement intégré du quartier, et avec le service de travail local. Les plans des quartiers montrent les noms des rues, les données statistiques, la description du quartier, le taux de chômage, les écoles et les services communaux. L'équipe locale a en outre complété ces plans par des données sur les prestataires de soins de première ligne, les associations locales, les services sociaux et d'aide sociale, les mosquées, les organisations de loisirs et le travail paroissial. Divers critères, tels que le travail multidisciplinaire, l'offre de services, les possibilités de renvoi, les listes d'attente et les accords de collaboration existants, ont été utilisés pour déterminer les organisations avec lesquelles il était possible de collaborer. Sur la base des informations recueillies, divers services et organisations ont ensuite été contactés afin d'expliquer le projet CHW et de voir comment les CHW pourraient compléter l'offre existante dans le quartier. Au cours de ces moments de concertation, des accords ont également été conclus au sujet de l'orientation des bénéficiaires potentiels de la mission. En plus d'expliquer le projet CHW à diverses organisations et services, le projet a également été promu à Genk en participant à des activités de

quartier, par le biais d'une page Facebook et Instagram, par une publication dans le Magazine 3600Genk, avec des activités de porte-à-porte, par le biais de l'équipe de quartier, au moyen de flyers avec des photos des CHW, de la publicité de bouche-à-oreille, pendant la campagne '*prikmomenten*' et lors des permanences.

2.2.2 Bruxelles

Les acteurs des quartiers ont été cartographiés par chaque CHW dans le quartier dont il est responsable. Les réseaux partenaires '*Bruxelles Social*' et '*Le Bon Plan*' ont pu être sollicités pour l'analyse des quartiers. L'intégration du projet CHW dans le quartier a été initiée par des discussions avec les acteurs locaux ancrés dans le quartier afin de mieux comprendre les besoins des habitants. Des moments de concertation ont également été organisés avec les groupes du quartier pour discuter des priorités de santé des habitants.

2.2.3 Wallonie et Communauté germanophone

Au départ, l'ensemble de la région wallonne a été examiné au niveau régional, dans le but de déterminer la complémentarité entre les organisations potentielles et d'éviter le double travail. Des réunions ont été menées entre le RWLP, les coaches et les coordinateurs régionaux. En collaboration avec le RWLP, des organisations membres du réseau RWLP ont été contactées et informées du projet CHW, à savoir les organisations actives dans la lutte contre la pauvreté, les associations pour la jeunesse et les services de prévention, les organisations syndicales et les associations de promotion sociale, les centres de santé, les services sociaux des mutualités, les communes et les CPAS. Une liste d'instances locales pour chacune des villes et des quartiers concernés a ensuite été dressée par le RWLP. Les organisations figurant sur cette liste ont été contactées pour présenter le projet afin de faciliter l'intégration dans le quartier et d'informer les candidats potentiels du poste vacant de CHW. L'analyse du quartier a également tenu compte du profil des habitants et de leurs besoins. L'attention a été portée, entre autres, sur les communautés représentées et les caractéristiques socio-démographiques des habitants. Toutefois, avec les données disponibles, il n'a pas été possible d'identifier les besoins perçus et les besoins d'accompagnement de manière précise et détaillée avant le début du projet CHW. Le point de départ était basé sur les éléments connus, puis cela a été affiné sur base des rencontres, des expériences et des interventions sur le terrain. Souvent, les besoins et exigences spécifiques des habitants du quartier ont été mis en évidence lors de rencontres avec les associations locales. Les contacts individuels lors des maraudes dans le quartier ont également permis de recueillir des connaissances sur les besoins spécifiques des habitants des différents quartiers.

Liège

À Liège, l'analyse a été réalisée à plusieurs niveaux. En collaboration avec le RWLP, les organisations locales de Liège ont été cartographiées avant le recrutement des CHW. Cela a permis d'entamer un recrutement ciblé. Une fois les CHW actifs sur le terrain, les organisations à contacter ont été réparties entre les différents CHW en fonction des quartiers dans lesquels ils travaillaient. Ils ont présenté le projet CHW par e-mail, par téléphone et parfois sur place. Ensuite, la liste existante a été complétée par les 7 CHW et les 2 coaches de l'équipe Liège / St-Nicolas / Seraing de différentes manières : grâce à la connaissance que les CHW ont des quartiers dans lesquels ils sont actifs, puisqu'ils sont pour la plupart issus du même quartier ; les CHW ont effectué toute une série de maraudes dans le quartier afin de détecter et de recenser les différentes organisations et institutions qui sont actives en relation

avec le public cible et où le projet doit être présenté ; lors des différentes présentations du projet CHW, les personnes présentes ont souvent attiré spontanément l'attention de l'équipe CHW sur d'autres organisations, institutions et partenaires ; le bouche à oreille suite aux rencontres avec différentes organisations et acteurs locaux ; lors de la présentation interne du projet à la MC, certains partenaires potentiels ont également été suggérés ; lors de la recherche de réponses individuelles à des problèmes spécifiques de personnes du groupe cible, les CHW sont également entrés en contact avec d'autres organisations.

Particularités à la suite des inondations : à la suite des inondations, les interventions se sont concentrées sur les quartiers les plus touchés. Les habitants ont été approchés individuellement par les CHW. Cela a permis d'identifier les besoins du moment et d'adapter le travail des CHW en conséquence. Par exemple, les CHW ont participé à la distribution de repas où ils ont rencontré un grand nombre de personnes. Plus tard, à partir de la fin août, une collaboration a démarré avec un psychologue qui avait installé un cabinet mobile à Angleur, où les CHW étaient de permanence deux jours par semaine.

Verviers

Le déploiement du projet CHW à Verviers était basé sur la liste de contacts du RWLP. Cette liste a été continuellement complétée après des discussions avec les acteurs locaux et les personnes du groupe cible. Certains partenaires ont fourni de nouveaux contacts qu'ils pensaient être intéressants pour l'équipe locale de CHW. Dès le début du projet, des réunions ont été organisées avec toutes les maisons médicales des quartiers sélectionnés afin de connaître les structures existantes et de prendre connaissance de leur fonctionnement et des places disponibles. Par la suite, les médecins généralistes et les pharmaciens à proximité ont également été contactés. Des contacts plus formels avec les structures de soins, les communes et les CPAS ont été organisés par le coach, qui a invité un ou plusieurs CHW à participer à une réunion de présentation. Un grand nombre de contacts ont également été établis à la suite d'un accompagnement antérieur d'une personne du groupe cible. Il s'agissait d'organisations ou d'institutions pour lesquelles le CHW n'avait pas encore de solution dans la liste de contacts existante. Toutes ces informations ont ensuite été centralisées dans une liste de travail interne et les informations ont été partagées entre les CHW lors du briefing hebdomadaire.

Particularités à la suite des inondations : les missions à Verviers ont été adaptées pour mieux répondre aux nouveaux besoins découlant des inondations. Pendant plusieurs semaines, les CHW ont collaboré avec les services d'urgence. Ils étaient également présents dans la zone dévastée pour orienter les personnes touchées vers les services appropriés, et pour faire venir quelqu'un sur les lieux si nécessaire. Grâce à ces collaborations, les CHW ont appris à mieux connaître le réseau local et ont été en mesure de fournir davantage d'aide et d'assistance aux habitants de ces quartiers.

Charleroi

En plus des contacts du RWLP et du comité de pilotage local, le coach et les CHW de Charleroi ont également fait appel à leur propre réseau. Le comité de pilotage local était composé de membres de Solidaris (département prévention et promotion de la santé) qui soutiennent le coach dans sa gestion et dans l'intégration des activités dans les quartiers. Progressivement, la liste des contacts a été complétée sur la base de rencontres sur le terrain. Cette liste a été subdivisée par type d'organisation,

notamment les organisations travaillant dans les domaines de la santé, de l'action sociale, de la (ré)insertion dans la vie professionnelle ou socioprofessionnelle, de l'aide à l'administration, de l'assistance juridique, de l'hébergement et du logement social et de l'alimentation.

La Calamine-Eupen

Le coach, qui a une fonction principale au sein de la mutualité en tant que responsable du service social local, disposait déjà d'un réseau d'acteurs et d'institutions locales, dont des organisations à mission publique comme le CPAS, des asbl et la Croix-Rouge. Dès que le CHW est devenu actif sur le terrain, il a établi des contacts avec les médecins, les pharmaciens, les infirmières indépendantes/soins à domicile, le secrétaire paroissial/prêtre et les équipes d'intervention dans les quartiers d'Eupen touchés par les inondations en juillet.

2.3 Mise au point de partenariats

Les partenariats avec les organisations locales, les structures et les réseaux existants ont été adaptés autant que possible au caractère local de chaque ville et quartier. Ceci dans le but de travailler de la manière la plus complémentaire possible avec ce qui existe déjà dans chaque quartier. Dans chaque partenariat, l'objectif était donc d'apporter un bon complément à l'offre de l'organisation existante. Les CHW complètent les activités existantes par les langues supplémentaires qu'ils parlent, par le travail de *proximité* et en formant un lien entre les organisations et les quartiers. De plus, les CHW complètent les organisations existantes en étant capables de soutenir les personnes et de prendre le temps d'accompagner les bénéficiaires et de leur offrir un suivi adéquat et complet.

Les partenariats prennent différentes formes. Certaines collaborations ont été formalisées dans une convention fixant certaines modalités, comme l'utilisation des locaux. D'autres collaborations sont moins formelles et concernent, par exemple, des moments de concertation ou des accords concernant l'orientation des personnes du groupe cible.

2.3.1 Niveau fédéral

Au cours de la première année du projet, les représentants des cabinets des régions ont été consultés et informés du projet, qui se déroule à un niveau très local, bien qu'il s'agisse d'un projet fédéral. Une collaboration et des échanges corrects au-delà des limites des compétences sont essentiels pour garantir des soins de qualité et accessibles à tous, y compris aux personnes vivant dans les conditions les plus vulnérables.

En outre, au niveau fédéral, des discussions ont également eu lieu avec des instances fédérales pour voir si une collaboration est possible. Une concertation a été organisée avec les membres du service public de programmation (SPP) Intégration sociale sur le projet « Experts de vécu en pauvreté et exclusion sociale ». Ils ont apporté un soutien précieux au démarrage du projet CHW en partageant des informations sur le profil, le recrutement, la sélection et le fonctionnement des experts de vécu. En outre, le projet CHW a également été expliqué par les membres du comité de pilotage aux collaborateurs du Service public fédéral (SPF) Santé publique du projet « médiateurs interculturels ». Deux réunions de concertation ont été organisées pour voir si une collaboration avec ce projet était possible. La coordination s'est également poursuivie au niveau régional.

Pour faire connaître le projet au grand public, un moment a été organisé le 2 juillet 2021 en présence du vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Frank Vandenbroucke et de Luc Van Gorp, président du CIN. La presse a également été conviée à cette rencontre, ce qui a donné lieu à des articles dans divers journaux : De Standaard, GVA, De Morgen, La Capitale et Nieuwsblad. Le projet CHW a aussi été couvert à la télévision (ATV, RTBF et VRT). D'autres articles ont été publiés dans Sociaal.Net, SAMPOL, FOS.ngo, lavenir.net, Grenz Echo, l'observatoire, Education Sante, De Wereld Morgen et Le Spécialiste. Par ailleurs, une interview sur le projet CHW à Bruxelles a été réalisée le 7 août au matin sur Radio 1. Enfin, le projet a été mis en avant en Communauté germanophone dans les BRF Nachrichten.

2.3.2 Flandre

Dans toutes les villes flamandes où le projet CHW est actif, les partenaires suivants ont été impliqués : Les centres de santé de quartier, 'SAAMO', 'FMDO', le conseil de soins et les gestionnaires de population des zones de soins de première ligne ('ELZ'), les services sociaux des mutualités, 'Familiehulp' et les CPAS. En outre, des partenariats spécifiques ont été conclus par ville. Le rôle et la fonction des CHW ont été affinés et renforcés grâce à ces collaborations. En fonction de l'organisation avec laquelle une collaboration a été conclue, un regard très spécifique a été porté sur la manière dont les CHW pourraient être un complément précieux à l'offre existante, par exemple par le biais de renvois des services vers les CHW et vice versa, ou des moments de permanences fixes pendant lesquels les CHW sont présents dans l'organisation concernée.

Anvers

Anvers est une ville très diversifiée, avec de nombreuses petites organisations actives dans les quartiers pour les personnes vivant dans des conditions socialement vulnérables. Voici quelques-unes des collaborations en cours : permanences chez 'Buurtwerking Den Dam' pour aider les personnes ayant des questions sur la santé, le COVID-19 ou la vaccination ; les CHW assurent chez 't Werkhuys' et 'CAW-huis 't Centrum' des suivis personnalisés que des partenaires ne peuvent prendre en charge par manque de temps ; les CHW ont notamment soutenu 'Dokters van de Wereld' lors d'une campagne de vaccination COVID-19 ; présence au 'Gezondheidskiosk' en collaboration avec 'Logo Antwerpen' et l'Université d'Anvers où des informations accessibles et correctes sur la promotion de la santé ont été délivrées, la prévention et les soins de première ligne sont proposées ; collaboration avec la 'Zorgteam CAW' qui offre des soins de santé aux personnes qui n'ont pas ou peu accès aux soins de santé réguliers ; et collaboration avec 'SAAMO'. Il y a également des renvois par le biais du projet « zorgzame straten ». En outre, le projet à Anvers est fortement engagé dans le travail de proximité sur des places spécifiques de la ville.

Genk

À Genk, le fonctionnement et la structure de la ville sont très axés sur une division concrète des quartiers avec des rôles clairs pour les managers de quartier, les travailleurs de rue, les superviseurs de la ville et les travailleurs de rue par quartiers. Des accords concrets ont été conclus pour travailler avec ces acteurs existants afin d'atteindre le groupe cible et ainsi compléter les structures déjà en place dans les quartiers de Genk. L'organisation des quartiers et la répartition des tâches entre les acteurs impliqués rendent la collaboration efficace. Tous les partenaires impliqués dans le quartier sont regroupés au sein d'une équipe de quartier qui se réunit chaque mois sous la direction du

manager de quartier. Les organisations sont harmonisées et des informations sont échangées pour promouvoir la collaboration et assurer la cohésion et les liens dans les quartiers. Les personnes ayant besoin de soins sont orientées par les acteurs du quartier vers le CHW du quartier. Il existe également des initiatives locales dans chaque quartier où une collaboration concrète s'est nouée avec les organisations et services suivants : Managers de quartier Waterschei/Nieuw Texas/ Nieuw Sledderlo/Kolderbos/Zwartberg-Noord; Stebo Sledderlo; Stadstoezichthouder Sledderlo; Straathoekwerkers; Campus O3; Opgroeien; Nieuw Dak; Gigos; Wijksschool Waterschei; Moskee Yunus Emre; Apotheken; Sirona Gezondheidscentrum; Kind en Taal; Wijkverpleegkundigen; Klinisch psycholoog; dentistes ; Rimo; College School; ACV; Centrale générale des syndicats libéraux de Belgique (CGSLB) ; Médecins et cabinets de généralistes ; Coach emploi Nieuw Sledderlo/Waterschei-Nood/Nieuw Texas; Equipes de quartier Waterschei-Noord/Nieuw Sledderlo et Zwartberg-Noord; Sections locales des mutualités ; Geneeskunde van het Volk Kolderbos; Althea Waterschei; et Samana. En ce qui concerne les collaborations avec les acteurs de première ligne, les premières étapes ont été franchies. La collaboration avec les médecins est correcte, mais elle est plutôt unilatérale. Les CHW dirigent les habitants vers les médecins. Cela peut aller de la prise d'un rendez-vous avec un médecin généraliste à la visite d'un prestataire de soins. Une coopération a été établie avec '*Geneeskunde voor het Volk*' (Kolderbos). Les CHW sont contactés par ce partenaire pour approcher les patients qui ne peuvent être atteints, qui ont besoin d'un soutien administratif ou qui éprouvent un problème de langue. Les CHW ont également effectué des visites à domicile pour les patients qui n'étaient pas vaccinés. Dans certains cas, les CHW sont contactés par les structures de première ligne concernant un accompagnement antérieur. Il s'agit principalement de la barrière de la langue. Par exemple, s'il y a des questions supplémentaires dans le dossier, le professionnel de santé ou le prestataire de services contacte parfois le CHW afin qu'il puisse faire la traduction au patient ou au client. Des partenariats concrets ont été établis avec les services sociaux et les services d'action sociale des mutualités locales. L'équipe de Genk note que la collaboration avec le CPAS et CAW est bonne. Cependant, les CHW indiquent qu'il est difficile de fixer un rendez-vous rapidement pour les bénéficiaires des soins.

Tirlemont

Comme Tirlemont dispose d'une équipe plus petite que les autres villes, le travail a commencé de manière très ciblée avec, notamment, les collaborations concrètes suivantes : participer au fonctionnement et au comité de pilotage de '*Bezorgd Om Mensen*' ; une collaboration étroite avec le CAW, où les CHW ont accès à un local de réunion et ont des contacts réguliers avec le collaborateur du CAW en charge du groupe cible en matière de coordination, d'orientation et d'activités supplémentaires ; une collaboration avec les équipes mobiles de '*Erm à Erm*' ; une collaboration avec '*SAAMO*' dans des quartiers spécifiques pour apprendre à connaître les familles ; et une visite hebdomadaire à '*Tiense Wereldvrouwen*', où diverses sessions d'information (par exemple sur le COVID-19) ont été organisées. En outre, les CHW ont des permanences fixes au centre d'accueil.

Gand

À Gand, des concertations ont été organisées avec le projet existant des *Gezondheidsgidsen* (guides de santé). Le projet CHW complète les '*Gentse Gezondheidsgidsen*' en aidant les personnes à accéder aux soins de santé. Alors que les guides de santé travaillent de manière beaucoup plus axée sur la demande et apportent un soutien supplémentaire aux personnes qui ont déjà trouvé leur chemin vers les soins de santé, les CHW recherchent de manière proactive les personnes qui ont plus de difficultés

à s'orienter dans le système de soins de santé. À Gand, il a été décidé de travailler en se concentrant sur les groupes cibles plutôt que sur les quartiers, car l'objectif était de soutenir les groupes qui n'étaient pas ou peu atteints par les dispositifs réguliers. Par conséquent, l'accent a été mis sur la collaboration avec le « travail social de l'ombre », c'est-à-dire les acteurs informels du paysage de l'aide sociale qui possèdent une série de pratiques de travail social souvent invisibles. Une exception est le quartier de Watersportbaan, où un CHW entre notamment en contact avec les personnes du groupe cible par l'intermédiaire du manager de quartier. Par l'intermédiaire de ce manager de quartier, le CHW est en contact avec toutes les organisations du quartier et peut effectuer des visites à domicile dans les immeubles de logements sociaux. Cette activité est également organisée à la demande du centre de santé communautaire local, car celui-ci ne touche pas de nombreux résidents de ces immeubles. Le CHW participe également à la tournée café du travail communautaire et aux visites à domicile avec les travailleurs mobiles du PAKT (réseau de santé mentale). À Gand, des collaborations ont également été mises en place avec les organisations suivantes : *'De Rode Lotus'* - *'Brugse Poort'*, *'Werkgroep Vluchtelingen'*, *'De Olijfbom'*/*'Een hart voor vluchtelingen'*, *'Hand in Hand'* et *'de Tinten'*. Pour chaque organisation, la valeur ajoutée pour le groupe cible bénéficiant de l'intervention d'un CHW ainsi que pour les objectifs de l'organisation elle-même a été examinée. Cette approche a conduit à des collaborations fructueuses et à long terme sur quatre pistes: (1) les interventions à court et moyen terme et l'accompagnement à long terme (par exemple un CHW aide à la distribution de nourriture, devient un visage familier et peut ensuite discuter de la santé, notamment auprès de *'Rode Lotus'*, *'Sivi'* et *'De Tinten'*); (2) la formation et le travail de groupe (ex. dans certaines organisations, des groupes sont approchés en fonction de la formation et des discussions sur la santé (Olijfbom : Womens Health Group; Arabische dames over gezondheid; Rode Lotus : groupes de couture avec des mères d'origines diverses, comme moyen d'aborder des questions connexes telles que l'excision, l'éducation des enfants et l'alimentation saine); (3) soutien dans l'utilisation des droits en matière de santé, par exemple dans une association où les personnes précarisées ont leur mot à dire, *'vzw SIVI'* (ex. dans certaines organisations, le CHW dresse la carte de l'utilisation des soins de santé par les visiteurs en vue d'améliorer leur accès aux soins, en prêtant attention, entre autres, au nombre de personnes ayant un médecin généraliste régulier, ayant accès à un dentiste, réalisant leur droit à l'intervention majorée, utilisant leurs droits à l'assurance maladie); (4) identifier les signaux et proposer des solutions : en collaboration avec les réseaux existants et les partenaires urbains, les signaux sont répertoriés et élaborés plus avant. Ensemble, nous examinons quelles solutions ou améliorations sont possibles.

Ostende

À Ostende, l'expérience antérieure du coach a permis de nouer rapidement des contacts avec les services d'accompagnement à domicile, le travail de quartier, les services communaux et les petites asbl actives dans les quartiers. Ces collaborations sont diverses. D'une part, il s'agit de renvoyer et de faire connaître le projet. D'autre part, les CHW soutiennent les organisations dans des cas concrets qui sont conformes à la mission des CHW. Par ailleurs, certaines collaborations concrètes ont également été conclues avec les partenaires ci-dessous : Projet des ambassadeurs santé *'FMDO'*; moments de permanence chez *'SAAMO'* Ostende; moments de permanence chez *'Antenne'*; moments de permanence à l'organisation socioculturelle *'Klein Verhaal'*; CAW; CPAS, service d'aide aux sans-abri du CPAS; *'Nachtovang'*; *'De Takel'* (service d'aide à domicile); distribution alimentaire de *'Colsol'*; *'De Katrol'*; *'De brugfiguren'* de la ville d'Ostende; moment de permanence fixe dans les

centres de rencontre de la ville d'Ostende ; moment de permanence fixe chez '*De viertorre*'; écoles; '*Opgroeien*'; services d'aide familiale à domicile ; services sociaux des mutualités; et le '*Jongeren Advies Centrum*' (JAC). À Ostende, aucun partenariat spécifique n'a été établi avec les acteurs de première ligne, mais il existe des contacts ad hoc. Par exemple, les CHW sont souvent des intermédiaires et des facilitateurs de communication entre les individus du groupe cible et les prestataires de soins. Les médecins généralistes et spécialistes demandent aussi parfois si le CHW peut être présent lors d'un prochain rendez-vous. Parfois, le centre de santé du quartier renvoie les gens vers les CHW s'ils ont besoin de plus de soutien. Le cas échéant, le CHW demandera activement si les personnes peuvent quand même encore s'inscrire dans ce centre de santé de quartier, ou chez un généraliste ou un dentiste local, malgré l'arrêt de la prise en charge de nouveaux patients. Cela reste toutefois compliqué, car les prestataires ne sont pas toujours enthousiastes à l'idée de prendre tout de même des patients supplémentaires. Pour l'aide psychologique également, les CHW fourniront des informations, prendront un rendez-vous et assureront le suivi, mais aucun accord de collaboration concret n'a encore été conclu dans ce domaine.

2.3.3 Bruxelles

Chaque CHW est responsable de son propre quartier, établit sa propre liste d'organisations existantes et prend contact, par exemple, avec l'association qui offre des soins de santé sociaux et les communes. Cette liste de travail interne comprend également les données des acteurs de première ligne, qui ont été établies au début du projet CHW et sont continuellement mises à jour. De plus, les CHW tentent de mettre en place des collaborations avec les acteurs locaux. Ils travaillent en duos ou en trios, mais chacun est chargé de compléter la liste des organisations de son quartier. Nombre de ces contacts ont débouché sur des partenariats ponctuels ou permanents. Différentes formes de collaborations ont été développées : il existe des organisations où les CHW disposent d'un bureau permanent et des organisations où les CHW tiennent des permanences à des moments spécifiques où des personnes potentielles du groupe cible entrent en contact avec eux. Enfin, il existe aussi des organisations dans lesquelles des activités sont organisées avec les CHW à des moments précis. Les organisations dans lesquelles les CHW sont présents à des heures fixes chaque semaine se trouvent à Jette et Laeken : Commune de Jette ; Bureau de Partenamut ; Mutualité socialiste (FMSB); L'Abordage; Centre d'Entraide Sociale de Laeken; à Schaerbeek: La maison du travail; FA Bon Air; FA Droits de l'homme; et Neder-Over-Hembeek: *LDC Icare*; Mutualité socialiste; à Anderlecht: LDC De Kaai; Service social Anderlecht; Coordination sociale de Forest; Maison médicale Helix; à Bruxelles-ville: LDC Forum; et LDC Het Anker. Voici quelques exemples d'organisations avec lesquelles la collaboration est plus sporadique : Service jeunesse de la commune d'Anderlecht, '*Anderlechtse Haard*' (logements sociaux), SAAMO, Restaurants sociaux, Maisons de quartiers, Transit, de Schaekel, Maisons de jeunes, Centro Amani.

Au début du projet, il s'est avéré qu'il était difficile de contacter les organisations à Bruxelles. Certains accords ont abouti à une collaboration, mais en raison du confinement, cela a pris beaucoup de temps et les résultats ont été limités. Une communication ciblée a été menée auprès des partenaires potentiels et du groupe cible. En outre, l'équipe CHW de Bruxelles a également ouvert une page Facebook ([Community Health Worker Brussels | Facebook](#)). Cette page Facebook a permis de mieux faire connaître le projet à d'autres organisations, car les événements et les activités pouvaient être partagés sur les groupes Facebook de quartiers et de communes spécifiques. Après le premier

confinement, lorsque plusieurs organisations locales ont pu redémarrer leurs activités, les choses se sont progressivement améliorées. Depuis le début du mois de septembre, le projet CHW est davantage sollicité et les collaborations sont devenues plus durables.

2.3.4 Wallonie et Communauté germanophone

Les accords de collaboration actuels en région wallonne concernent principalement l'orientation des personnes du groupe cible, la tenue de permanences, la poursuite de la diffusion des activités des CHW et l'utilisation ponctuelle de locaux.

Liège - Verviers

À Liège et à Verviers, les maisons médicales et autres acteurs des soins de santé des différents quartiers ont fait l'objet d'une visite pour présenter le projet. Les CHW sont souvent en contact avec plusieurs médecins généralistes et font appel à eux en fonction des besoins de suivi. Les CHW s'efforcent de constituer un carnet d'adresses en fonction des médecins - en tenant compte de leur spécialité et de leurs compétences linguistiques, notamment - afin de guider au mieux les personnes lors du suivi individuel. À Liège, cette tâche est difficile, étant donné le manque de place dans les maisons médicales et le nombre de patients à prendre en charge par les médecins généralistes. À Seraing, il y a des contacts réguliers avec les maisons médicales. Les relations avec les organisations locales continuent de se développer grâce aux rencontres avec les nouvelles associations et aux besoins évoqués lors des entretiens individuels par les personnes du groupe cible. Un accord a notamment été passé avec le projet 107 (psychiatrie de première ligne). Ce projet de soutien aux équipes mobiles de soins psychiatriques de première ligne est actif depuis novembre. Une collaboration ponctuelle a débuté depuis lors. En outre, des partenariats ont été mis en place à Liège avec Caritas, CIAJ AMO, asbl Smile, l'accueil de jour de Saint Léonard, Sant'egidio, une école locale, point d'appui, Plan de cohésion sociale (PCS) Seraing, Master plan Social, PCS Seraing 5, et Vie féminine Seraing. À Verviers, des partenariats ont notamment été établis avec La Page, Centre culturel éducatif verviétois (CCEV), La Belle Diversité, Terrain d'aventures, Espace 28, et Plan de Cohésion Sociale Dison. De nouvelles collaborations ont également été entamées à la suite des inondations, notamment avec le Réseau Enfants Adolescents Liège Santé Mentale (Réalisme), et le point d'écoute (mobil home).

Charleroi

Depuis le début du projet, des partenariats avec les maisons médicales et les services de la Croix-Rouge ont été noués dans différents quartiers. Ainsi, les CHW organisent des permanences dans différentes maisons médicales deux fois par mois. Des CHW sont également parfois présents au service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi (GHDC). Là-bas, on constate que les personnes qui ne sont pas en règle avec la mutualité se rendent directement aux urgences pour se faire soigner car elles ne reçoivent pas immédiatement la facture. La présence du CHW permet de s'adresser à ces personnes et de leur donner l'opportunité de se (re)mettre en règle administrativement afin de pouvoir bénéficier de soins dans un centre médical où elles peuvent être suivies rapidement et régulièrement. Des partenariats avec des organisations locales ont par ailleurs aussi été établis avec des organisations locales : la Ville de Charleroi, La Sambrienne, le Centre Régional d'Intégration de Charleroi (CRIC), Soins psychiatriques à domicile (SPAD), Le regain, le Conseil supérieur de la justice (CSJ), Entraide Saint-Vincent de Paul vzw, l'ADEPS Charleroi, Avanti asbl, Comme chez nous asbl,

Urgences sociales, Espace citoyen porte ouest (Marchienne-au-Pont), Maison plurielle, Point jaune, les Régies de Quartiers en Formation-Action-Développement-Durable-Solidarité (FAAD). Dans la plupart des cas, ce sont les CHW eux-mêmes qui ont initié les collaborations. Parfois, la demande émanait de l'organisation elle-même. En outre, le coach a également pris quelques initiatives pour contacter des associations avec une demande de collaboration. Ces partenariats ont été complétés et développés depuis le début du projet jusqu'à ce jour.

La Calamine-Eupen

Diverses organisations et services locaux ont distribué des flyers et des cartes de visite des CHW. La commune a également annoncé la présence du CHW par le biais des médias sociaux et de son bulletin d'information. Kaleido (*'Zentrum für die gesunde Entwicklung'*) s'est intéressé au projet CHW lors de son événement début novembre. De nombreuses autres organisations ont aussi indiqué qu'elles pouvaient mettre un bureau à la disposition du CHW si nécessaire. L'expérience acquise dans ce quartier montre qu'il est important de reprendre régulièrement contact avec les différentes organisations et personnes qui ont été visitées au début du projet, à titre de rappel, et pour souligner davantage la fiabilité du projet.

IV. Volet qualitatif de l'étude

1. Cadre de recherche qualitative

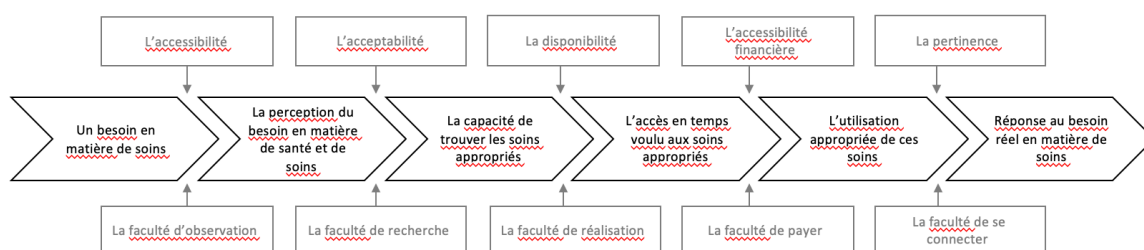
Cette étude qualitative se concentre sur la première année du projet CHW en Belgique sur base des trois questions de recherche suivantes :

1. Quel est le public cible touché par le projet CHW ?
2. Comment les CHW aident-ils les personnes à accéder aux soins de santé de première ligne et aux soins liés au COVID-19 ?
3. Quels ont été les succès et les défis du projet CHW ? Et comment apporter des améliorations à l'avenir ?

1.1 Cadre théorique

L'accès aux soins de santé est une notion complexe qui a été conceptualisée de diverses façons dans la littérature universitaire. De nombreuses études considèrent l'accès aux soins de santé essentiellement comme le premier contact ou recours aux services de santé (Levesque, Harris et al. 2013, Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020). Il s'agit cependant d'une vision étroite de l'accès aux soins. Dans ce rapport, nous envisageons l'accès aux soins de santé comme un continuum, tel que développé par Levesque et al. (Levesque, Harris et al. 2013). Ces auteurs définissent l'accès aux soins de santé comme un continuum qui commence par un besoin en matière de soins, suivi de cinq autres phases : (1) la perception du besoin en matière de santé et de soins ; (2) la capacité de trouver les soins appropriés ; (3) l'accès en temps voulu aux soins appropriés ; (4) l'utilisation appropriée de ces soins ; et (5) réponse au besoin réel en matière de soins grâce aux services de soins de santé (*cf. partie centrale, Figure 1*) (Levesque, Harris et al. 2013). D'autre part, les auteurs déclarent que l'accès aux soins de santé peut être entravé tant par des obstacles au niveau du patient individuel que par des barrières organisationnelles. Une solution consiste donc à éliminer les obstacles tout au long du continuum.

Figure 1: Continuum d'accès aux soins (adapté sur la base des travaux de Levesque et al. (2013))



Pour naviguer avec succès dans le continuum d'accès aux soins de santé, une personne doit posséder certaines compétences (*cf. partie inférieure, Figure 1*), que les auteurs de ce modèle conceptuel définissent comme: (1) « *la faculté d'observation* », en partie déterminée par la littérature en santé et les convictions en matière de santé; (2) « *la faculté de recherche* », liée à la connaissance de ses droits à la santé et du fonctionnement du système de santé; (3) « *la faculté de réalisation* » qui inclut la mobilité et la flexibilité en matière de travail; (4) « *la faculté de payer* » qui fait référence à l'accessibilité financière des soins de santé, sans épuiser les ressources pour les besoins de base; et (5) « *la faculté de se connecter* » avec le professionnel de santé et sa décision thérapeutique (Levesque, Harris et al. 2013). Les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique ont parfois des compétences limitées en raison, entre autres, des barrières linguistiques, de l'isolement

social, des difficultés de mobilité, des conditions d'emploi précaires et des difficultés financières (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014, Baeten, Spasova et al. 2018). Par conséquent, les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique se sentent parfois moins à même de faire face à leurs besoins de santé et éprouvent plus de difficultés à trouver la bonne voie vers les soins de santé (Levesque, Harris et al. 2013, Baeten, Spasova et al. 2018).

Souvent, les personnes ayant un accès limité ou inexistant aux soins de santé sont décrites comme « *hard to reach* », difficiles à atteindre. Mais de leur point de vue, ce sont les soins de santé qui sont « *hard to reach* » (Onyango, Schatz et al. 2017: p. 25-26). Les services de santé ne sont pas toujours conçus et organisés pour atteindre et aider les populations vulnérables mal desservies (Onyango, Schatz et al. 2017, Arrazola de Oñate 2022). Outre les obstacles individuels, les auteurs identifient également des barrières organisationnelles liées à l'accessibilité des services de santé (*cf. partie supérieure, Figure 1*): (1) « *L'accessibilité* » des services de soins de santé fait référence au fait que ces services sont connus; (2) « *l'acceptabilité* » se rapporte aux facteurs culturels et sociaux qui déterminent la capacité des personnes à accepter les services; (3) « *la disponibilité* » se réfère au fait que les services sont joignables à la fois physiquement et en temps voulu; (4) « *l'accessibilité financière* » concerne les ressources et le temps requis pour utiliser les soins de santé; (5) « *la pertinence* » fait référence à l'adéquation entre les services de santé et les besoins du patient (Levesque, Harris et al. 2013).

1.2 Méthode

Différentes méthodes de recherche ont été utilisées dans cette étude qualitative. Une étude *Photovoice*, à laquelle quinze CHW ont participé, a tout d'abord été réalisée. L'étude *Photovoice* a été organisée par région (cinq CHW par région) et comprenait quatre phases: une formation *Photovoice* par région ; l'observation participative avec chaque CHW individuel; un entretien approfondi semi-structuré avec chacun des quinze CHW; et un groupe focus de clôture avec cinq CHW par région. Par ailleurs, treize personnes en situation de vulnérabilité sociale ont participé à un entretien approfondi semi-structuré. À la fin de la période de collecte des données, deux discussions sous forme de groupe focus ont eu lieu avec neuf coaches au total. D'autre part, les signaux émanant du terrain ont été complétés par les contributions des coordinateurs régionaux et fédéraux. L'étude qualitative a été conclue par des séances de feed-back sur les résultats de l'étude avec les CHW ayant participé à l'étude.

1.2.1 Approbation du comité d'éthique

L'étude a été soumise au Comité consultatif d'éthique pour les sciences sociales et humaines de l'Université d'Anvers, qui a donné son autorisation (SHW_21_55).

Après qu'un participant ait répondu positivement à l'invitation pour l'étude *Photovoice* (CHW), les entretiens approfondis (personnes en situation de précarité sociale et soutenues par le CHW) ou les groupes focus (coaches), la brochure d'information et le formulaire de consentement ont été examinés et expliqués conjointement. On a toujours insisté sur le fait que la participation était entièrement volontaire et que les participants pouvaient l'arrêter à tout moment, même s'ils avaient répondu positivement à l'invitation. La brochure d'information contenait également les coordonnées du chercheur, au cas où le participant aurait d'autres questions. Après avoir signé le formulaire de

consentement, les participants ont pu prendre part à l'étude. Les entretiens approfondis semi-structurés et les discussions des groupes focus ont été enregistrés avec un enregistreur audio pour autant que le participant ait donné son consentement à cet égard. Trois personnes en situation de précarité sociale n'ont pas souhaité que l'entretien approfondi soit enregistré, en partie par crainte que cela n'affecte leur permis de séjour. Dans ce cas, le chercheur a pris des notes. Dans le cadre de l'étude *Photovoice*, les CHW ont également dû obtenir le consentement écrit de toute personne identifiable sur une photo avant de prendre et d'utiliser la photo en question lors des entretiens ou des groupes focus. La durée moyenne était d'une heure pour les entretiens semi-structurés et de deux heures et demie pour les groupes focus. Les entretiens et les groupes focus pour lesquels l'autorisation d'un enregistrement audio avait été obtenue, ont ensuite été retranscrits et anonymisés. Les enregistrements audio ont été retranscrits par une société externe. Conformément aux directives de protection de la vie privée, un « accord de traitement » a été conclu avec cette société.

1.2.2 Collecte des données

Étude Photovoice avec les CHW

Une étude *Photovoice* a été réalisée avec quinze CHW. *Photovoice* est une *méthode de recherche participative au sein d'une communauté* (« Community Based Participatory Research »), selon laquelle les CHW participent activement à la recherche (Hergenrather, Rhodes et al. 2009). Les participants prennent des photos en rapport avec les questions de recherche. Ces photos sont ensuite utilisées pour amorcer la conversation lors des entretiens approfondis et des groupes focus.

Phase 1 : formation

Après avoir donné leur consentement éclairé écrit, les CHW ont participé à une formation d'une journée sur les connaissances et compétences requises pour l'étude. Aucune connaissance préalable n'était requise. Cette formation comprenait une explication détaillée du processus de recherche, de l'utilisation de l'appareil photo, du recours à la photographie dans la recherche et de l'éthique en matière de recherche et de photographie (Hergenrather, Rhodes et al. 2009, Musoke, Ekirapa-Kiracho et al. 2015). Les CHW ont été invités à prendre des photos qui illustrent le succès et les défis de leur travail, et à y réfléchir. On leur a également demandé de prendre des photos de la manière dont ils accompagnent les personnes du groupe cible dans leur accès aux soins et des changements qui pourraient améliorer leur travail.

Phase 2 : prise de photos et observation participative

Les CHW ont ensuite eu trois semaines pour prendre des photos en rapport avec les questions de recherche. Après deux semaines environ, le chercheur a rencontré chaque CHW ayant participé à l'étude *Photovoice* pour discuter de la façon dont les photos ont été prises, rappeler les questions de recherche et répondre à toutes les questions éventuelles. Dans le cadre de cette visite sur le terrain, le chercheur a passé une journée avec chaque CHW en tant qu'observateur participatif. Le chercheur a ici adopté le rôle d'« observateur-participant ». Le chercheur « est connu et reconnu comme chercheur, mais uniquement en relation avec les participants de l'étude » (Angrosino 2007: p. 54). Lors de ces observations participatives, les CHW ont été suivis dans leurs tâches quotidiennes pour apprendre et observer le contexte de travail en rapport avec les questions de recherche. Des notes de terrain structurées ont été prises au cours de ces périodes d'observation. Elles incluaient une description du contexte spécifique, une liste des participants et une description des comportements

et des interactions. Avant le début de l'observation, le CHW s'est d'abord entretenu avec la personne bénéficiant de son soutien pour déterminer si celle-ci acceptait la présence du chercheur, dans le but de protéger la vie privée de cette personne et de la mettre à l'aise autant que possible. Si le chercheur était le bienvenu, le but de l'étude, sa conception et des aspects tels que le volontariat et la confidentialité, ont été expliqués au participant de manière compréhensible.

Phase 3 : entretiens individuels approfondis semi-structurés

Après avoir pris des photos en rapport avec les questions de recherche, celles-ci ont été utilisées comme stimuli visuels lors des entretiens approfondis avec les CHW. Le but était d'obtenir plus d'informations sur ce que représentaient les photos et pourquoi elles avaient été prises (Kolb 2008). Au cours de l'entretien approfondi semi-structuré, les photos ont été discutées personnellement avec chaque CHW selon les directives *Photovoice* SHOWeD, qui structurent l'échange et amorcent la discussion (Musoke, Ndejjo et al. 2016). Les sujets abordés lors des entretiens approfondis avec les CHW étaient les suivants : comment les CHW peuvent-ils ou non améliorer l'accès aux soins de santé de première ligne ?; à qui apportent-ils leur soutien ?; et les difficultés et défis qu'ils ont rencontrés dans le cadre de ce projet. Les entretiens ont également examiné les aspects positifs du projet et comment il pourrait être améliorés à l'avenir. La méthode était participative dans le sens où les participants pouvaient eux-mêmes décider des photos à prendre et à examiner en priorité lors des entretiens approfondis. De plus, les CHW ont eux-mêmes effectué une analyse des photos lors de l'entretien (Musoke, Ndejjo et al. 2016). Les participants ont fourni des légendes pour chacune des cinq photos sélectionnées, qui répondaient aux questions de recherche.

Phase 4 : focus groupe

Pour conclure l'étude *Photovoice*, tous les CHW ont présenté par région leur sélection respective de photos lors d'un groupe focus. Ensuite, le groupe focus a fourni aux CHW une plate-forme pour discuter des questions de recherche et partager leurs propres expériences et points de vue avec les autres CHW de la même région. Au total, trois groupes focus ont été mis sur pied, chacun avec cinq CHW.

Les entretiens approfondis et les groupes focus ont été menés dans la langue de prédilection du participant. Les participants à l'étude *Photovoice* maîtrisaient soit le néerlandais soit le français ; la collecte des données a donc eu lieu dans l'une des deux langues.

Entretiens approfondis semi-structurés avec les personnes en situation de vulnérabilité sociale et bénéficiant du soutien des CHW

13 entretiens approfondis ont été menés auprès de personnes en situation de vulnérabilité sociale et bénéficiant du soutien d'un CHW. Les sujets abordés lors de ces entretiens approfondis semi-structurés étaient les suivants: le continuum d'accès aux soins et les obstacles rencontrés; l'historique et l'utilisation actuelle des services de santé; les besoins actuels en matière de soins; la connaissance des services de santé; et leur expérience dans le domaine du soutien reçu de la part du CHW.

Les entretiens avec les personnes ayant bénéficié du soutien des CHW ont été menés en néerlandais, en français ou dans une langue au choix du participant. Dans ce dernier cas, deux entretiens approfondis semi-structurés ont été menés en arabe avec l'aide de traducteurs professionnels

expérimentés dans le domaine des entretiens avec des personnes vivant en situation de vulnérabilité sociale. Ces traducteurs ont signé une déclaration de confidentialité.

Groupes focus avec coaches

Deux groupes focus avec neuf coaches de CHW ont été organisés par langue (néerlandais et français). Les sujets abordés lors de ces groupes focus comprenaient: le travail du CHW dans le domaine de l'amélioration de l'accès aux soins; les difficultés et les défis rencontrés par les coaches-CHW dans le projet; l'administration; le suivi du coordinateur; la rémunération et l'évaluation; et des suggestions pour l'avenir du projet CHW. Les groupes focus ont été orientés par un guide d'entretien. Étant donné que tous les coaches-CHW parlaient couramment le néerlandais ou le français, les discussions des groupes focus ont été menées dans l'une de ces deux langues.

1.2.3 Participants

Étude Photovoice avec les CHW

Les CHW ont été informés par les coaches de l'invitation à participer à l'étude. Les CHW ayant manifesté leur intérêt à participer ont ensuite été contactés et invités par le chercheur. Cinq CHW par région y ont participé. En Flandre, cinq CHW de sexe féminin, âgées de 30 à 50 ans, ont y participé. À Bruxelles, deux femmes et trois hommes ont accepté l'invitation à participer à l'étude. Leur âge variait de la fin de la vingtaine au début de la quarantaine. En Wallonie et en Communauté germanophone, quatre hommes et une femme, âgés entre 25 et 35 ans, y ont participé.

Entretiens approfondis semi-structurés avec des personnes en situation de vulnérabilité sociale et bénéficiant du soutien des CHW

Les CHW ayant participé à l'étude *Photovoice* ont été invités à présenter l'étude aux personnes auxquelles ils avaient prêté assistance. Les CHW ont demandé à ces personnes si elles étaient disposées à participer à l'étude par le biais d'un entretien approfondi semi-structuré. Nous avons cherché à avoir une diversité de participants en ce qui concerne le statut socio-démographique et socio-économique et la région. Les jours où le chercheur procédait à une observation participative auprès des CHW, une courte visite a été prévue chez les personnes qui avaient, par l'intermédiaire du CHW, donné leur accord pour participer à l'étude. Au cours de cette première visite de courte durée, le chercheur a discuté de la recherche avec cette personne du groupe cible et un moment a été convenu pour mener l'entretien approfondi. Ces étapes avaient pour but de créer une base de confiance et de donner ainsi la possibilité de décider en toute connaissance de cause de participer ou non. Les participants ont également eu la possibilité de faire en sorte que l'entretien ait lieu à ce moment-là, si souhaité.

Au total, treize personnes, six hommes et sept femmes, du groupe cible ont participé à un entretien approfondi. Âgés entre 20 et 85 ans, ils vivent tous au carrefour de diverses circonstances qui les rendent vulnérables, notamment le droit au séjour incertain, la pauvreté et l'origine migratoire.

Groupes focus avec les coaches

Deux groupes focus avec neuf coaches ont été organisés en deux langues (néerlandais et français). Cinq personnes étaient présentes dans le groupe de discussion néerlandophone, dont trois femmes et deux hommes. Le groupe focus francophone était composé de coaches de Bruxelles et de Wallonie,

dont une personne avait un double rôle de coach-CHW. Ce groupe focus comprenait trois femmes et un homme.

1.2.4 Analyse des données

Les transcriptions et les notes d'observation ont été importées dans NVivo (version 1.2) pour analyse. Les transcriptions fournissent un compte-rendu détaillé des réponses du participant. Dans deux cas, la transcription a été traduite de l'arabe vers l'anglais. Pour les entretiens semi-structurés avec des personnes du groupe cible, pour lesquels aucun consentement à l'enregistrement audio n'a été obtenu, les notes détaillées de l'entretien ont été importées dans Nvivo.

La collecte des données et la lecture des transcriptions ont eu lieu en alternance pour étayer les entretiens approfondis et groupes focus suivants et évaluer quand le niveau de saturation était atteint. Les photos prises par les CHW ont été utilisées uniquement pour amorcer la conversation lors des entretiens. Ces photos n'ont pas été analysées en tant que données par le chercheur, mais seule la description des CHW lors des entretiens semi-structurés et des groupes focus a été analysée. Les données ont été analysées en lisant et en relisant attentivement les transcriptions, ainsi que les notes de terrain. Les données ont d'abord été codées de manière ouverte, puis axiale et enfin sélective (Strauss and Corbin 1998). Des mémos ont également été créés lors de cette étape de codage. Un *sous-échantillon* des transcriptions a également été codé par un autre chercheur pour comparer et discuter des similitudes et des différences en vue de la fiabilité de l'intercodeur (Creswell and Poth 2007). L'analyse a été effectuée conformément aux procédures d'analyse abductive décrites par Timmermans et Tavory (Timmermans and Tavory 2012).

1.2.5 Séances de feedback avec les agents de santé communautaires

Il est important de noter que la collecte de données a eu lieu dans les premiers mois de la mise en œuvre du projet CHW sur le terrain. Et ce, en raison de la durée limitée du projet. Les résultats de la recherche doivent être lus dans cette optique. Pour remédier en partie à cette limite de l'étude, deux séances de feed-back ont été organisées après l'analyse des données en janvier 2022, auxquelles tous les CHW participant à l'étude ont été invités. En raison des mesures sanitaires liées au COVID-19, ces séances de feed-back ont été organisées en ligne par langue (une en néerlandais, une en français). Les résultats ont été présentés lors de ces réunions. Après cette présentation, des retours ont été demandés aux CHW, certains thèmes ont été approfondis ensemble et des échanges d'expertise ont eu lieu entre les CHW. L'affiche de communication scientifique a également été discutée. Le feed-back des CHW est repris dans ce rapport.

1.3 Communication scientifique

Une affiche a été conçue pour communiquer les résultats de la recherche aux personnes en situation de vulnérabilité sociale. Les CHW sont invités à accrocher cette affiche dans le quartier où ils opèrent. Cette affiche illustre le travail du CHW et décrit de manière accessible les grandes lignes des résultats de la recherche. L'affiche vise également à mieux faire connaître le travail des CHW dans le quartier. Chaque CHW est libre de laisser ses coordonnées sur l'affiche. Des bandelettes détachables sont également prévues pour permettre aux personnes intéressées par le travail du CHW d'emporter ses coordonnées.

2. Résultats qualitatifs

Dans ce chapitre, nous exposons les résultats relatifs à chacune des trois questions de recherche, telles que décrites dans l'introduction de ce volet consacré à la recherche qualitative.

2.1 Question de recherche 1 : quel est le public cible touché par le projet CHW ?

Le projet a touché un groupe diversifié de personnes vivant à la croisée de plusieurs précarités susceptibles de s'influencer et de se renforcer mutuellement. Des besoins complexes en matière de soins peuvent en résulter. Les personnes touchées dépendent principalement du quartier et de l'approche de *sensibilisation* du CHW.

2.1.1 Personnes vivant au carrefour de plusieurs précarités

Les personnes touchées par les CHW dans ce projet présentent des caractéristiques socio-démographiques très variées. Elles appartiennent également à des tranches d'âge très larges, des jeunes aux seniors. Les résultats qualitatifs montrent que les CHW accompagnent des personnes de nationalité belge, ainsi que des personnes issues de l'immigration, des demandeurs de protection internationale et des personnes sans titre de séjour valable. Si une différence d'âge, de sexe et d'origine migratoire peut être notée au sein du groupe cible, presque tous partagent un statut socio-économique inférieur. Les CHW s'intéressent avant tout aux besoins de santé et aident ainsi aussi un très petit groupe de personnes qui ont moins de besoins financiers. Il est important de noter que les personnes soutenues par les CHW ne peuvent être réduites à une seule caractéristique socio-démographique ou socio-économique. Ces personnes sont, pour ainsi dire, à la croisée de différentes vulnérabilités qui s'imbriquent et se renforcent mutuellement – à l'image du concept *d'intersectionnalité* introduit par (1989, 1991) Crenshaw. Plus précisément, il s'agit des vulnérabilités potentielles suivantes: avoir un faible niveau d'instruction; vivre en situation de risque de pauvreté et de privation matérielle grave; n'avoir aucune connaissance, ou une connaissance limitée, du néerlandais (Flandre) et du français (Bruxelles/Wallonie); avoir un âge avancé ; avoir un réseau social limité; être un nouvel arrivant; ne pas avoir de titre de séjour légal ou être demandeur d'une protection internationale; avoir un handicap physique; vivre avec une maladie mentale; être sans-abri ou sans domicile fixe. Citons, par exemple, une femme vivant en Wallonie, âgée d'environ 80 ans, avec une connaissance limitée du français. Elle a un bras cassé. Dans sa région, il n'y a pas d'hôpital accessible pour recevoir des soins. En raison de son handicap physique, elle ne peut pas se rendre à un hôpital plus éloigné en voiture. Son lieu de résidence éloigné et son réseau social limité ne lui permettent pas de se rendre à l'hôpital par les transports en commun, par un service de taxi social ou avec l'aide d'une connaissance. Elle ne possède pas davantage d'ordinateur ni de smartphone, et n'arrive pas à comprendre les courriers administratifs qu'elle reçoit de l'hôpital, ce qui complique le paiement de ses factures. Cette femme fait partie des personnes qui éprouvent des difficultés à accéder aux soins en raison d'une combinaison de différentes vulnérabilités. Ces personnes constituent le groupe cible du projet CHW.

La recherche qualitative montre que les CHW ont réussi en partie à toucher un certain nombre de groupes cibles difficiles à atteindre, tels que les personnes isolées socialement et/ou à mobilité réduite. Les entretiens avec les CHW montrent qu'ils réussissent parfois malgré tout à atteindre ce groupe grâce à des collaborations avec des organisations spécialisées et grâce à la bouche à oreille. De plus, les CHW notent que les femmes et les hommes au foyer, qui s'occupent essentiellement du

ménage, disposent de peu de temps pour leurs propres besoins en matière de soins. Un autre groupe difficile à atteindre concerne les personnes ayant un emploi précaire. Ce segment actif de la population n'est souvent pas joignable pendant les heures de travail habituelles. Pour pouvoir atteindre ce groupe, les CHW appliquent souvent un horaire flexible et travaillent également après 17h et le week-end.

Un groupe cible particulier au sein de ce projet inclut les victimes des inondations qui ont eu lieu dans la province de Liège en juillet 2021. Les équipes de CHW actives dans cette province ont donc participé activement à l'assistance des habitants sinistrés dans des communes comme Eupen, Verviers, Pepinster et Liège. Bien que cela ait occupé une grande partie de leur travail, surtout en été, plusieurs CHW indiquent qu'ils sont toujours engagés dans l'aide aux victimes. Ainsi, certains CHW orientent les personnes traumatisées vers un soutien psychologique ou vers une aide aux besoins sociaux, tels que l'aide aux problèmes de logement.

2.1.2 Diversité des besoins en matière de soins

Cette diversité des personnes soutenues par les CHW, qui vivent chacune à la croisée de diverses vulnérabilités qui s'imbriquent et se renforcent mutuellement, se traduit par une grande variété et souvent aussi une combinaison de besoins différents en matière de soins. Ces besoins concernent les soins liés au COVID-19, les soins de première ligne, les questions sur les mutualités et des questions davantage liées au bien-être.

La santé, arrivant rarement seule, si on avance avec un mandat uniquement santé, il y a des cas qu'on ne peut pas du tout aider alors que c'est flagrant qu'il y a un souci de santé. Peut-être la langue mélangée avec un problème de logement, financier. On n'a pas de levier.

Coach, Région de Bruxelles

Dans certaines situations, les personnes ont un besoin en matière de soins dont la complexité va au-delà du travail du CHW. Certaines personnes éprouvent des besoins spécifiques en matière de soins, comme un besoin de soutien supplémentaire en raison d'un handicap physique, d'une maladie mentale comme la dépression ou d'une dépendance aux drogues. Citons, par exemple, les personnes sans-abri et dépendantes à une drogue. Le besoin en matière d'accompagnement et de soins de ce groupe est si spécifique que le rôle que peut jouer un CHW se limite à l'orienter vers des services spécialisés et à suivre le dossier. Un défi similaire se pose pour les personnes sans titre de séjour valide. Dans ce cas, les barrières juridiques sont telles que la personne concernée est fortement limitée dans le droit aux soins, de sorte que le travail du CHW consistera ici aussi essentiellement à l'orienter vers des services spécialisés, comme ceux de Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières, ou à l'aider à obtenir une aide médicale. Les données qualitatives montrent que les CHW entrent souvent en contact avec ce dernier groupe de personnes.

Soins COVID-19

Une partie importante des besoins du groupe cible en matière de soins concerne les soins liés au COVID-19. Concrètement, les personnes recherchent principalement des informations sur les vaccins

contre le COVID-19, comme les effets secondaires éventuels, les différences entre les types de vaccins, la dose vaccinale, et où se procurer un vaccin et un certificat de vaccination. D'autre part, elles se posent également des questions sur les tests de dépistage du COVID-19, comme l'assistance auprès de l'administration correspondante et la procédure de test.

Donc voilà, surtout avec le covid, on a remarqué qu'il y avait beaucoup de choses qui se sont numérisées, beaucoup de choses ne pouvaient plus se faire en présentiel. Et la plupart des personnes avaient du mal en fait à par exemple s'inscrire à la mutuelle, prendre des rendez-vous pour la vaccination, prendre des rendez-vous pour les tests. À ce niveau-là aussi, nous on peut être plus qu'utiles en fait pour ces personnes-là.

CHW, Région de Bruxelles

Soins de première ligne

Un deuxième besoin important concerne les soins de première ligne. Les besoins qui entrent dans cette catégorie sont très divers. Les entretiens avec les CHW et les personnes du groupe cible montrent qu'il s'agit principalement du diagnostic et du suivi de troubles physiques, comme des douleurs ou des épisodes épileptiques persistants, et de la recherche d'un généraliste. Les CHW ont également indiqué qu'il existe une forte demande de soins dentaires, en particulier de la part des personnes sans titre de séjour valide. Au sein de ce groupe, il y a également une forte demande pour une carte d'aide médicale, qui donne à son détenteur un accès limité aux soins de santé. Bien que les CHW répondent principalement aux besoins liés aux soins physiques, il semble également y avoir un besoin important dans le domaine des soins de santé mentale. Des thèmes tels que la dépression, les traumatismes et le stress chronique sont souvent cités lors des entretiens avec les personnes du groupe cible.

Mutualités

Troisièmement, une partie des besoins en soins concerne les mutualités. Les questions portent principalement sur ce que sont les mutualités, comment les trouver et comment s'inscrire. Les personnes s'interrogent également sur les avantages de s'affilier à une mutualité et sur le fonctionnement des procédures de remboursement.

[Nom CHW] est venue avec moi à la mutuelle. Elle a des droits que toute personne n'a pas. On devrait faire quelque chose avec toutes ces possibilités que les gens peuvent avoir. Tout le monde n'est pas au courant que l'on a le droit à ceci ou cela.

Personne du groupe cible, région wallonne et communauté germanophone

Besoins en matière d'aide sociale

En dehors de ces trois domaines, une partie des besoins du groupe cible ne sont pas directement liés aux soins de santé, mais plutôt à des questions liées au bien-être. Les deux besoins les plus importants qui ont été mentionnés dans la recherche qualitative sont le besoin d'un logement habitable et la nécessité d'un titre de séjour légal. Bien que ceux-ci ne soient pas directement liés aux soins de santé, tant la situation de logement d'une personne que son titre de séjour ont un fort impact sur sa santé

mentale et physique par le biais de mécanismes indirects. Par exemple, une situation de logement précaire peut entraîner stress et dépression et rendre l'hygiène et les soins personnels plus difficiles, ce qui peut avoir un impact négatif sur la santé. De plus, l'absence d'un titre de séjour légal restreint fortement le droit d'accès aux soins, ce qui complique souvent la prévention et le traitement des maladies.

The only problem is with housing, and that's the problem with people who get sick. [...] If you for example don't find a place to live, you will get very stressed. You will get so stressed until you get sick. You will have to sleep in the street and you will fall sick. So you will sleep in the street and your situation won't get better. So you will fall sick little by little with pressure and all, and that's what happens to people, and then people start to become aggressive.

Personne du groupe cible, Région de Bruxelles

Trouver l'équilibre entre les questions directement liées à la santé et les questions plus largement liées au bien-être mais néanmoins urgentes semble être un problème commun aux différentes régions et équipes. Comme nous le verrons plus loin dans ce rapport, il peut être préjudiciable à la confiance vis-à-vis du CHW de ne pas travailler de manière sélective pour répondre aux besoins urgents en matière de bien-être. À mesure que le projet progresse, les équipes semblent délimiter davantage le travail des CHW et définir des priorités en fonction des problèmes de santé directs.

2.1.3 Stratégies de *sensibilisation* pour atteindre les personnes du groupe cible

Dans le cadre du projet CHW, dans presque toutes les villes, à l'exception de Gand, le choix a été fait de travailler en fonction du quartier plutôt que du groupe cible. Dans le contexte de la méthode de *sensibilisation*, plusieurs stratégies ont été adoptées pour atteindre un groupe de personnes le plus large possible. Nous citons ici de manière non exhaustive des stratégies concrètes mises en œuvre par les CHW.

Une première stratégie de *sensibilisation* consiste à être présent dans l'espace public, où il est possible de toucher un large public. Chaque CHW descend dans la rue, mais une interprétation différente de cette stratégie a vu le jour dans les différentes régions. Dans un quartier bruxellois, par exemple, des CHW ont organisé des activités dans un parc avec des jeux pour enfants, de la musique, des boissons et de la nourriture gratuites afin d'attirer les gens et de faire connaître le projet. Dans une ville flamande, un stand d'information a été installé sur un marché local, où les CHW s'adressent aux gens et fournissent des informations sur le COVID-19. En Wallonie, les CHW se sont rendus dans la zone touchée par les inondations pour s'adresser aux personnes qui pourraient avoir besoin d'aide.

On a mis le jus, les gens sont venus demander le jus et on a profité de l'occasion. C'est comme si tu utilisais pour pêcher le poisson. Imagine: bonsoir, c'est quoi ici ? Vous faites quoi? C'est gratuit le jus? C'est gratuit, mais vous faites quoi? Après on explique le projet, tu participes à l'activité tout ça? Et ils participent grâce au jus.



We hebben verschillende collega's, dus we hebben collega's die heel sterk zijn en zulke dingen doen van "kom we gaan op de markt staan. We gaan een vaccinatie dag houden, we gaan de mensen informeren" dus niet overtuigen maar informeren. En dan kunnen we ook samen onze eigen organisatie of project een beetje voorstellen. Dus win-win eigenlijk. En dan zijn we dan op de markt gaan staan met ons eigen middelen, ons eigen tafel, we hebben het zelf zo een beetje in elkaar gestoken.

Photo et citation : CHW, Région flamande

Une deuxième stratégie que les CHW utilisent consiste à se rendre en particulier dans les lieux que le groupe cible fréquente régulièrement. Dans un quartier wallon, par exemple, des CHW font, en concertation avec l'organisme local de logement social, du porte-à-porte dans les immeubles de logements sociaux pour demander si des personnes ont besoin d'aide. Par ailleurs, les CHW tiennent une permanence dans un restaurant social d'un quartier bruxellois. Cette stratégie a pour but de toucher les personnes âgées isolées socialement et qui ne sortent que pour un repas. On retrouve un exemple similaire dans une équipe flamande, où les CHW locaux organisent une permanence hebdomadaire dans une banque alimentaire ou dans un centre pour sans-abri.

Interviewer: Waar hebben jullie elkaar ontmoet?

Respondent: In het [nom centre pour sans-abri] zeker. [...] Dan heb ik gezegd hoe dat het met mijn voeten gaat. Dan kwam ze af met schoenen maat 45. Ik zei: "merci [nom CHW], maar een beetje klein". [...] Ik dacht eigenlijk eerst dat ze een dakloze was ook. En ook haar manier van doen. Ze hoort erbij, ze praat ook zo. Wat was het, plotseling zei ze dat dan [dat ze een CHW is]. "Ah jij werkt hier". Dan hebben we even geconverseerd, precies dat soort dingen, dan legt ze dat uit.

Personne du groupe cible, Région flamande

Une troisième stratégie pour atteindre le groupe cible consiste à travailler en étroite collaboration avec les organisations locales. Ces organisations peuvent être de nature non médicale. Dans un quartier flamand, par exemple, un CHW collabore étroitement avec une organisation locale pour les nouvelles arrivantes. Ici, le CHW organise de temps en temps des séances d'information sur le système de santé belge et aide ces nouvelles arrivantes lorsqu'elles ont des besoins spécifiques en matière de soins. D'autre part, des collaborations étroites avec les services de santé peuvent également se développer. Dans une ville wallonne, un CHW est présent à certaines heures aux urgences d'un hôpital local. Le CHW aide les personnes du groupe cible en répondant à des questions supplémentaires, par exemple sur l'affiliation à une mutualité. Lorsqu'une personne se rend inutilement aux urgences pour un soin non urgent, les CHW peuvent également intervenir immédiatement, si nécessaire. De plus, il existe également quelques collaborations avec les maisons médicales et les pharmaciens, entre autres. Dans plusieurs équipes, les CHW déposent des dépliants ou des cartes de visite chez les pharmaciens locaux ou y organisent des permanences. Plusieurs CHW indiquent que pour de nombreuses personnes, les pharmaciens représentent la première personne de confiance en ce qui concerne les problèmes de santé ou les questions relatives au COVID-19. Dans certains cas, les CHW peuvent alors assumer une partie de la charge de travail des pharmaciens, par exemple en aidant à fournir des informations sur le COVID-19 de manière accessible ou en les orientant vers les services pertinents lorsque des personnes du groupe cible contactent le pharmacien pour obtenir des conseils.

Une quatrième stratégie mise en œuvre par les CHW consiste à accompagner d'autres organisations. Cette stratégie présente plusieurs avantages. Ces organisations sont implantées dans le quartier depuis plus longtemps que le projet CHW et connaissent donc bien certains groupes cibles du quartier. De plus, par rapport au projet CHW, ces organisations bénéficient souvent d'une plus grande notoriété et crédibilité. Elles peuvent ainsi faire office d'*intermédiaires* et aider les CHW à entrer en contact avec le groupe cible dans la rue. En Wallonie, les CHW accompagnent, par exemple, un organisme dont les activités sont axées sur le bien-être mental. Dans un quartier de Bruxelles, les CHW sont sortis, au début du projet, avec le gardien de la paix de la commune. Celui-ci a pu indiquer aux CHW certains endroits fréquentés par des personnes du groupe cible et l'introduire auprès d'elles. Dans une ville flamande, un CHW accompagne régulièrement un éducateur de rue. En duo, ils s'adressent aux personnes du groupe cible ou se renvoient mutuellement les personnes en fonction des besoins individuels.

Enfin, les CHW font également de la publicité sous différentes formes afin d'atteindre le groupe cible de manière indirecte. Elle peut être sur support papier, par exemple par le biais de dépliants multilingues relatifs au projet. La publicité peut également revêtir une forme numérique. Dans un quartier de Bruxelles, par exemple, des CHW sont actifs sur diverses plates-formes de médias sociaux qui visent la cohésion de quartier, telles que *Hoplr* et *Helper*. Les CHW indiquent également que les groupes communautaires sur Facebook sont un bon moyen d'atteindre les personnes du groupe cible. Dans toutes les régions, les équipes de CHW sont également actives sur les réseaux sociaux, comme Facebook, où elles publient des informations sur leurs activités.

Aussi, comme autre stratégie, c'est cibler tous les groupes du quartier sur les réseaux sociaux, par exemple sur Facebook, qui fait partie des différents groupes, qui a dans le

quartier, donc c'est comme quelqu'un qui habite à le quartier. J'habite pas à Laeken, mais c'est comme si je vivais tout ce qui se passe dans le quartier. Je suis comme un voisin, il y a aussi d'autres applications, deux ou trois applications sur lesquelles tu peux, esquisse comme un habitant du quartier voit les personnes qui ont des besoins. Voilà.

CHW, Région de Bruxelles

2.2 Question de recherche 2 : comment les agents de santé communautaires soutiennent-ils les personnes dans leur accès aux soins de première ligne et aux soins liés au COVID-19 ?

La position sociale d'une personne à la croisée de différentes vulnérabilités conduit à des besoins spécifiques en matière de soins et à une interaction complexe d'obstacles liés à la satisfaction de ces besoins. Par conséquent, en plus du large éventail de besoins en matière de soins (comme décrit à la question de recherche 1), on observe également une grande diversité de difficultés éprouvées face aux soins au sein du groupe cible. En fonction des types de vulnérabilités que rencontre une personne, des obstacles spécifiques jonchent tout le continuum de l'accès aux soins. À cause de ces obstacles, les personnes éprouvent des difficultés à accéder aux soins et leurs besoins dans ce domaine risquent par conséquent de s'accroître. Prenons pour exemple une personne ayant reporté sa visite annuelle chez le dentiste en raison de la disponibilité limitée des dentistes ainsi que de la méfiance et de la peur. Conséquence : ses problèmes de dents n'ont été traités qu'à un stade avancé et elle risque également de recevoir un remboursement moindre. Il est important de noter que la pandémie de COVID-19 et les mesures correspondantes ont, selon toute vraisemblance, encore accentué ces obstacles, comme la fracture numérique et les difficultés à naviguer dans le système de santé en raison de la fermeture temporaire de certains services et organisations.

Après avoir identifié les besoins en soins des personnes du groupe cible dans la question de recherche précédente, la présente question examine d'abord les divers obstacles à la satisfaction de ces besoins. Nous examinons ensuite les façons dont les CHW aident à surmonter ces obstacles.

2.2.1 Obstacles rencontrés dans l'accès aux soins

Tout comme les besoins en matière de soins, les obstacles rencontrés par une personne pour accéder aux soins sont également liés aux différentes situations de précarité dans lesquelles elle se trouve. Comme nous l'avons indiqué dans le cadre théorique, nous considérons les obstacles tout au long du continuum d'accès aux soins (Levesque, Harris et al. 2013). Dans ce chapitre, nous faisons une distinction entre les obstacles généraux qui affectent l'ensemble du continuum d'accès aux soins et les obstacles liés à une étape spécifique de ce continuum.

2.2.1.1 Obstacles généraux tout au long du continuum d'accès aux soins

La recherche qualitative révèle plusieurs obstacles que les personnes du public cible peuvent rencontrer tout au long du continuum d'accès aux soins : manque de confiance ; complexité administrative ; fracture numérique ; et barrière linguistique. D'autre part, les CHW soutiennent également les personnes sans titre de séjour légal. Elles sont confrontées à un obstacle juridique supplémentaire qui a également un impact sur l'ensemble du trajet de soins.

Confiance

Les entretiens avec le groupe cible et les CHW montrent qu'une expérience antérieure négative avec le personnel soignant, comme le racisme, la discrimination ou le sentiment de ne pas être pris au sérieux, peut nuire à la confiance des personnes à l'égard du secteur de la santé. Cela diminue davantage encore l'envie de demander une nouvelle aide. La confiance d'une personne peut également être ébranlée par la mauvaise qualité d'un traitement antérieur. Ainsi, il ressort des entretiens avec les CHW et les personnes du groupe cible qu'une obturation dentaire mal réalisée ou le manque d'empathie de la part d'un généraliste, par exemple, font en sorte que les personnes ont moins confiance dans les services de santé concernés et sont réticents à demander une nouvelle aide. Ce manque de confiance a un impact à toutes les étapes du continuum d'accès aux soins.

Il y a un monsieur qui m'appelle, si on avait commencé à trois heures on aurait fini à quatre heures, j'aurais été avec lui chez le médecin traitant. Il va y aller tout seul, je lui ai écrit ce qu'il doit demander. Il dit que le médecin vu n'y connaît rien, on dirait qu'il ne rend pas le service comme il se doit. C'est pour ça qu'il veut que j'aille avec lui comme ça il va savoir qu'il n'est pas tout seul.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Administration

Les entretiens avec les CHW et le groupe cible indiquent que l'administration et la paperasserie entourant le système de soins de santé constituent un réel obstacle. Pratiquement toutes les personnes soutenues par les CHW sont confrontées à ces difficultés, et ce à pratiquement toutes les étapes du continuum d'accès aux soins. En raison de la complexité administrative et du jargon utilisé, les personnes ne comprennent pas toujours quels droits elles peuvent invoquer, ce qu'on attend d'elles ou à qui s'adresser pour recevoir des soins spécifiques ou une assistance. Cela a pour conséquence que les personnes ne bénéficient pas toujours à temps des soins et du soutien auxquels elles ont droit.

Interviewer: Pourquoi as-tu pris contact avec [nom CHW]?

Répondant: Pour elle, je ne m'en sortais plus, je ne savais plus où la diriger. On avait été voir le CPAS [Centre Public d'Action Sociale], elle n'avait droit à rien. Il y avait des huissiers, on n'arrivait pas à avoir les documents.

Personne du groupe cible, région wallonne et communauté germanophone

Fracture numérique

La fracture numérique représente un autre obstacle important tout au long du continuum d'accès aux soins. Tout le monde ne possède pas les équipements numériques ou les compétences nécessaires pour naviguer aisément dans le système de santé. La numérisation s'est encore accrue sous la pression de l'épidémie de COVID-19, rendant difficile l'accès aux soins pour certains groupes, comme les personnes âgées et les allophones. Ainsi, les entretiens avec les personnes du groupe cible et les CHW révèlent à plusieurs reprises que l'utilisation du lecteur de carte pour prendre un rendez-vous de

vaccination ou de test, ou pour obtenir un *Covid Safe Ticket* via *Itsme* constitue un obstacle. Prendre des rendez-vous ou consulter les résultats en ligne n'est pas facile non plus pour tout le monde.

Langue

Lors de plusieurs entretiens avec des personnes du public cible et des CHW, il est apparu que la barrière linguistique entre une personne nécessitant des soins et le prestataire de soins représente un obstacle important tout au long du continuum d'accès aux soins. Ce problème se pose non seulement lors des consultations, mais aussi avec l'administration impliquée dans le système de santé et l'obtention d'informations sur, par exemple, les mesures et la vaccination contre le Covid-19. De nombreux prestataires de soins ne proposent pas de services de traduction et s'attendent à ce que la personne nécessitant des soins apporte elle-même la solution. Les services de traduction extérieurs à un établissement de soins sont cependant surchargés ou coûteux, de sorte que les personnes se rabattent souvent sur une assistance informelle pour leurs besoins de traduction. Par ailleurs, les personnes qui ont le français ou le néerlandais comme première langue peuvent également rencontrer une barrière linguistique, car elles ne comprennent pas le jargon médical ou ont des difficultés à exprimer leur demande de soins.

C'est ça et il n'y a rien dans les structures qui facilite cette communication. Dans la plupart des structures ils leur demandent de ramener un interprète avec eux, il y en a qui ne connaissent personne, ils ramènent un enfant. Le médecin en face parle pendant quinze minutes, l'enfant dit deux mots ou une phrase, on n'est même pas sûr que l'information soit passée correctement.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Statut légal

La recherche qualitative montre qu'une partie importante du groupe cible est constituée de personnes sans permis de séjour légal. Le fait de posséder ou non un titre de séjour légal détermine dans une large mesure les droits de la personne en matière de soins de santé. L'absence de titre de séjour légal peut donc créer une barrière juridique supplémentaire à toutes les étapes du continuum d'accès aux soins. Les CHW indiquent également qu'ils estiment que le personnel du CPAS n'apporte pas toujours un soutien suffisant pour fournir une carte médicale ou une aide médicale d'urgence. Les entretiens avec des personnes sans titre de séjour légal révèlent également que, d'une part, elles ne savent pas toujours à quoi elles ont droit et, d'autre part, elles craignent d'utiliser la carte médicale de peur que les prestataires de soins ne les dénoncent aux autorités officielles. Les CHW ont également indiqué lors des entretiens que le fait de ne pas avoir de numéro national rend difficile l'obtention de vaccins contre le Covid-19. En principe, cela peut se faire via un numéro BIS, mais les CHW indiquent que la procédure est difficile dans certains cas.

2.2.1.2 Barrières spécifiques aux étapes du continuum de l'accès aux soins

Étape 1 : perception de la santé et des soins

Les entretiens avec les CHW montrent que, lors de leurs interactions avec les CHW, les personnes du groupe cible n'indiquent pas toujours immédiatement et sans ambiguïté leurs différents besoins de

soins et les obstacles rencontrés. Selon les CHW interrogés, les causes peuvent être diverses, comme la méfiance ou la suspicion, ou encore des difficultés à identifier ou à exprimer eux-mêmes le besoin de soins. Pour certaines personnes du groupe cible, la santé n'est pas la priorité absolue. Par exemple, les personnes ayant des problèmes de logement ou sans permis de séjour légal peuvent ressentir la nécessité d'avoir un logement viable, un titre de séjour ou un revenu comme plus urgente qu'un besoin de santé. Dès lors, les soins requis risquent d'être différés jusqu'à ce qu'ils deviennent urgents, et par conséquent éventuellement plus graves.

Dat hangt er dan ook van af wat dat dat gezin of die mama ziet als prioriteit, en die ziet als prioriteit geld. Terwijl, ze is heel zwaarlijvig dus ze moet op dieet van haar dokter, maar dat is het laatste van haar gedachten. Maar daardoor heeft ze wel heel veel gezondheidsproblemen. Ziet ge, da's echt een multiprobleem. Wij kunnen wel helpen in het toeleiden naar een wijkgezondheidscentrum en dieet maar ze heeft al geen geld om eten te kopen, en als ze geld heeft ja wat koopt ze dan, goedkoop eten. En dat is niet gezond he. Dus ja, die mama die moet heropgevoed worden in gezond koken. Ja sorry, maar die is daar totaal niet me bezig.

Coach, Région flamande

Avec la pléthore d'informations disponibles aujourd'hui par le biais de différents canaux, les CHW ont indiqué qu'il n'est pas toujours facile pour les gens de savoir quelles informations sont correctes et lesquelles ne le sont pas. Cette *infodémie* a été exacerbée pendant l'épidémie de COVID-19. Les conversations avec les CHW ont régulièrement montré que les gens avaient des doutes concernant la sécurité des vaccins à cause des messages qu'ils avaient lus sur les réseaux sociaux. Le manque d'informations ou la désinformation peut amener les personnes à craindre et à se méfier des soins de santé et des prestataires de soins. En plus de la peur et de la méfiance, la désinformation peut également amener les personnes à avoir une perception erronée du besoin de soins, à être réticentes à se faire soigner ou à avoir des doutes sur leur utilité, comme dans le cas de la vaccination.



Cette photo, c'est un bus de vaccination mobile. Et le commentaire, c'est que c'est un bus qui utilise seulement le vaccin Johnson and Johnson. Alors tu vois qu'il n'y a personne. Ça, c'est une variable aussi. Quand j'ai eu par exemple [nom], il m'appelait pour le vaccin et il m'a dit je n'ai aucun papier, je veux le vaccin. Je lui ai dit oui, Johnson and Johnson tu peux l'avoir maintenant. Il m'a dit: "non je ne veux pas Johnson and Johnson, je veux Pfizer".

Citation et photo : CHW, Région de Bruxelles

Étape 2 : recherche de soins

Les résultats qualitatifs montrent que les personnes du groupe cible ne savent pas toujours comment s'orienter au sein du système de santé. Les entretiens avec les CHW montrent, d'une part, que cette difficulté surgit parce que les personnes ne sont pas au courant des services de soins et de l'assistance qui existent. Certaines personnes se rendent, par exemple, directement à l'hôpital lorsqu'elles ont besoin de soins, ou ne savent pas qu'elles peuvent bénéficier d'un soutien psychologique. D'un autre côté, une partie des personnes savent très bien quels services existent, mais éprouvent des difficultés à obtenir plus d'informations à ce sujet ou à entrer en contact avec ceux-ci. Ce problème peut résulter d'un nombre trop limité de services proposés tout comme d'une offre de services abondante, de sorte qu'elles ne savent plus où donner de la tête. Dans la recherche qualitative, cette barrière survient principalement chez les nouveaux arrivants allophones qui ne sont pas encore familiarisés avec le système de santé. Les personnes âgées isolées socialement sont également confrontées à ces défis pour trouver les bons soins, car elles ne peuvent pas compter sur leurs propres contacts sociaux pour obtenir des suggestions et des conseils.



Je ne sais pas si vous connaissez, c'est un petit projet Food Sharing? Tu peux aller poser tes aliments pour que les gens qui en ont besoin puissent les consommer. Et c'est vide. C'est toujours vide. Mais c'est un peu symbolique parce que ça montre un peu que les gens ne savent pas que ça existe. Vraiment c'est un peu dans un coin un peu perdu à [nom]

de la région] et je pense que c'est juste le manque d'informations aux gens. C'est un peu pour le service aussi, ce n'est pas utilisé comme ça pourrait être.

Photo et citation : CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Étape 3 : atteindre les soins

Les difficultés à accéder aux services de santé sont littéralement un obstacle aux soins de santé. Tout le monde n'a pas la possibilité de se rendre par ses propres moyens chez un prestataire de soins. Les modes de transport alternatifs sont certainement indispensables, notamment pour les personnes à mobilité réduite, mais ils sont parfois inaccessibles, méconnus ou inabordables. Les transports en commun ne sont toutefois pas toujours accessibles à tous. Ainsi, il ressort de plusieurs entretiens que les arrêts de bus sont trop éloignés, que les bus circulent trop irrégulièrement ou que les transports coûtent trop cher. Quant aux services de taxis liés aux établissements de santé, ils sont méconnus, saturés ou ne circulent que dans certaines conditions, comme en cas de handicap reconnu. Cet obstacle est principalement rencontré par les personnes à mobilité réduite et les personnes qui n'habitent pas au centre d'une commune ou d'une ville. Dans la communauté germanophone, par exemple, un CHW a indiqué qu'il s'agit d'un obstacle courant.

Le manque de possibilités de mobilité va de pair avec le fait que l'emplacement géographique des services de soins peut également constituer un obstacle. Par exemple, lorsqu'un hôpital ou un généraliste se situe en dehors de la ville ou sur une colline. Les travaux de voirie dans les environs d'un service de soins peuvent, eux aussi, contribuer à leur inaccessibilité. De plus, certains soins ne sont disponibles que dans un nombre limité d'endroits, comme dans les grandes villes. Et cela au détriment de l'accessibilité, car les personnes ne sont pas toujours en mesure de se déplacer sur de longues distances en raison d'obstacles physiques ou financiers.

Dat is de lijst, ik kan ze naar [nom organisation] daar in Brussel doorsturen waar je de psychologen hebt specifiek voor oorlog en vluchtelingen. Hoe gaan wij die in Brussel krijgen?

CHW, Région flamande



Photo : CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Un obstacle qui a été régulièrement évoqué lors des entretiens avec les CHW et les personnes du groupe cible concerne l'offre limitée de soins de première ligne. Concrètement, il s'agit en général de centres de santé de quartier saturés ou d'une pénurie de généralistes et de dentistes dans un quartier, avec pour conséquence le refus de tout nouveau patient ou l'inscription sur une liste d'attente. Les CHW indiquent que dans certaines régions, les délais d'attente auprès des spécialistes peuvent également aller jusqu'à un an. En raison de ces longs délais d'attente, certaines personnes sont contraintes de reporter les soins. Les entretiens avec les CHW et les personnes du groupe cible montrent que, selon eux, une saturation des services de soins touche principalement les personnes des quartiers vulnérables sur le plan socio-économique, où les CHW sont principalement actifs, et caractérisés par une forte demande de soins de santé abordables.

Il y a des difficultés avec certaines personnes, des fois on est bloqué. Par exemple, j'ai une situation, j'ai un jeune homme qui habite sur le territoire de [nom quartier] en situation irrégulière, il y a une seule maison médicale mais toutes les places sont occupées. Les médecins à qui on téléphone aux alentours ne prennent plus de nouveaux patients ce qui fait que la situation est bloquée. On a demandé un rendez-vous à l'hôpital, il l'a au moins de décembre, il doit attendre trois mois, cela fait déjà quelques mois qu'il attend. Ce sont des choses qui avancent au ralenti, ce sont les difficultés que l'on peut rencontrer dans notre métier.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

En outre, la manière dont les rendez-vous sont fixés peut également constituer une barrière. La prise de rendez-vous par voie numérique pose particulièrement problème. Par exemple, lorsqu'il faut prendre rendez-vous pour un test ou un vaccin contre le Covid-19 à l'aide d'un lecteur de carte *eID*. La prise de rendez-vous par téléphone constitue également un obstacle si les personnes doivent rester longtemps en ligne en raison d'une saturation des services. Cet obstacle concerne surtout les

personnes ayant des compétences numériques limitées, notamment les personnes âgées ou les personnes ayant un accès limité à Internet ou à un ordinateur, telles que les personnes vivant dans la rue.

Étape 4 : recours aux soins (offre)

Si les personnes ont trouvé la voie vers les soins appropriés, elles peuvent être confrontées à des obstacles lors de la visite chez le prestataire de soins. Par exemple, le coût des consultations en soins de première ligne représente un problème, surtout pour les personnes qui n'ont pas de titre de séjour valable et qui ne bénéficient que d'un nombre limité de droits avec une carte médicale. Il convient de noter ici que dans certains cas, les gens ont droit à un remboursement, mais n'en sont pas conscients. Certains CHW déclarent que les personnes du groupe cible ne sont pas toujours suffisamment informées à ce sujet par le personnel soignant ou par les employés des mutualités. Enfin, un CHW a également signalé lors d'un entretien avoir rencontré plusieurs personnes qui n'avaient pas reçu de justificatif de consultation et n'avaient donc pas pu obtenir de remboursement, car selon le CHW, ces généralistes effectuaient des consultations en noir. Des barrières financières peuvent également être rencontrées après une consultation. Ainsi, les CHW comme les personnes du groupe cible indiquent que c'est essentiellement le coût des médicaments qui pose problème, car le remboursement n'est pas toujours possible. Cela peut conduire à ne pas toujours suivre les conseils du médecin.

Donc, structurellement quelque part il y a un truc qui ne fonctionne pas. Parce que le mec, c'est le 15 du mois comme tu dis, il n'a plus de thune et il ne s'est pas acheté des médicaments. Cela veut dire que, soit rien n'est mis en place pour qu'il puisse les acheter, soit il n'a pas la volonté de le faire ou soit c'est toi qui lui donne. Cela veut dire que quelque part il y a un truc qui ne fonctionne pas.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Étape 5: résultat de l'utilisation des soins de santé

Il n'est pas toujours évident pour les gens de suivre les conseils d'un prestataire de soins pour diverses raisons. Par exemple, parce que le médecin et le patient ne comprennent pas la langue de l'autre, parce qu'un médecin utilise un jargon technique ou parce que le patient éprouve de la peur et de la méfiance. Il est donc parfois difficile pour les personnes du groupe cible de poser des questions complémentaires. D'une part, cela peut poser des problèmes de compréhension et d'interprétation des résultats, par exemple chez le généraliste. D'autre part, dans de telles situations, il peut être difficile pour la personne concernée de savoir ce qu'on attend d'elle ou quelles sont les prochaines étapes. Cela peut poser problème en cas d'orientation vers un autre prestataire de soins. Il ressort des entretiens avec les CHW que les personnes ne savent pas toujours quoi faire après une orientation chez un autre prestataire de soins et courent donc le risque de ne pas recevoir les soins nécessaires à temps.

2.2.2 Assistance des CHW face aux obstacles dans l'accès aux soins

Comme le montrent les résultats précédents, une personne nécessitant des soins peut rencontrer plusieurs obstacles susceptibles d'interrompre le continuum d'accès aux soins. La recherche qualitative démontre que le rôle unique du CHW consiste à aider les personnes du groupe cible à

surmonter ces obstacles tout au long du continuum d'accès aux soins. Chaque personne du groupe cible a des besoins de soins individuels et rencontre des obstacles spécifiques. Les CHW n'adoptent pas une approche uniforme, mais proposent un soutien sur mesure. Cependant, les différentes formes de soutien diffèrent également parce que les CHW ont des expériences éducatives et professionnelles antérieures différentes, ainsi que des méthodes de travail différentes. Les résultats qualitatifs montrent que la force des CHW découle de leur approche de *sensibilisation*, de leur capacité à prendre le temps d'instaurer la confiance et de leur flexibilité pour accompagner et soutenir les personnes tout au long du continuum d'accès aux soins, si nécessaire. En outre, les CHW ont également une fonction de signal visant à recenser et transmettre les barrières structurelles. Toutefois, la transmission et le suivi de ces signaux ne bénéficient pas encore d'une approche structurée et uniforme.

Certains besoins en matière de soins et certains obstacles peuvent être réduits à une simple question, à laquelle le CHW peut apporter une réponse assez rapidement. Cependant, dans de nombreux cas, une personne est confrontée à une interaction complexe de besoins de soins et d'obstacles qui nécessitent une approche de la part du CHW à plus long terme. Un demandeur de protection internationale, par exemple, peut rencontrer plusieurs obstacles simultanés, tels que des difficultés à naviguer dans le système de santé, une barrière linguistique et des barrières financières. Selon les besoins, le soutien peut être ponctuel mais aussi de longue durée.

2.2.2.1 Soutien général proposé par les agents de santé communautaires tout au long du continuum d'accès aux soins

Confiance

Au-delà de toutes les barrières, le CHW joue un rôle important en tant qu'oreille attentive. Les personnes du groupe cible se sentent parfois ignorées et incomprises ou ont un réseau social limité. Écouter leurs expériences et leurs témoignages constitue en général un premier pas vers une relation de confiance. Cette relation de confiance est une base essentielle à partir de laquelle le CHW peut commencer à s'attaquer à d'autres obstacles. Cependant, établir la confiance prend du temps. Les CHW indiquent que dans certains cas, ils doivent également offrir un soutien pour des besoins qui ne sont pas liés aux soins, tels que la nourriture et le logement, pour ne pas mettre en péril la fragile relation de confiance. Les CHW déclarent également qu'il est donc important de pouvoir fonctionner de manière indépendante. S'ils sont assimilés à d'autres organisations avec lesquelles la personne a eu des expériences antérieures négatives, par exemple, la confiance vis-à-vis du CHW risque d'être mise à mal. En plus de créer un lien de confiance, le CHW remplit également une fonction motivante et dynamisante dans le but d'aider les personnes du groupe cible à travailler de manière plus autonome pour surmonter les barrières. Plusieurs CHW disent, par exemple, leur montrer comment prendre un rendez-vous numérique la première fois, ou les accompagner en tant que personne de confiance à la première visite chez un prestataire de soins, mais mettre ensuite l'accent sur l'autonomie.

Quelques jours après [nom CHW] m'a téléphoné, vous avez besoin d'aide. Oui j'ai besoin d'aide, je ne m'en sors pas avec mes papiers, je suis toujours seule. C'est à partir de ce moment-là qu'[nom CHW] est venu une fois par semaine. Je suis très heureuse qu'il vienne et d'avoir quelqu'un maintenant. Si j'ai un problème ou que cela ne va pas aujourd'hui,

maintenant je sais qu'il y a quelqu'un qui m'écoute et cela me fait terriblement du bien. [...] Avec les papiers, quand je dois trouver une adresse et puis je peux aussi parler avec lui, quand j'ai quelque chose qui me fait mal je lui raconte. Je peux parler, j'avais un grand poids ici et maintenant je sais que j'ai quelqu'un avec qui parler, lui raconter mes problèmes, lui dire que j'ai besoin de ça, tout ça m'aide beaucoup.

Personne du groupe cible, Région wallonne et Communauté germanophone

Oui, voilà. Donc, je peux me prendre le temps, me mettre avec les personnes, voir ce qu'il y a comme problème et beaucoup les orienter, leur donner de l'aide pour une longue durée, même si je ne suis plus là, qu'elles savent : « O.K. Je peux aller là et là et demander de l'aide là. » Et ça rassure les gens surtout.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Administration

Un autre obstacle général face auquel les CHW apportent leur soutien concerne l'administration. Ce type de problème survient à presque toutes les étapes du continuum d'accès aux soins. Le CHW aide, par exemple, à rassembler les documents nécessaires ou à expliquer des termes complexes lorsqu'une personne souhaite s'inscrire auprès d'une mutualité, lorsqu'elle demande un remboursement après avoir consenti des frais médicaux ou lorsqu'elle veut reporter un rendez-vous de vaccination contre le Covid-19. Ils orientent également souvent la personne concernée vers des services spécialisés pour régler des formalités administratives particulières, comme le service social de la mutualité. En général, le CHW examine d'abord avec la personne, en guise de préparation, ce que l'on attend d'elle pour la rassurer, et il s'assure ensuite que tout se déroule bien.

Also concerning health, if I receive a paper or a bill at home that I don't understand, I take a picture and send it to him [CHW], then he tells me what's going on. [...] Yes, anything concerning health, anything [...] And he goes with me to the lawyer.

Personne du groupe cible, Région de Bruxelles

Fracture numérique

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la fracture numérique constitue un obstacle majeur pour les personnes du public cible qui n'ont pas accès à Internet ou à un équipement numérique, ou qui en ont un usage limité. Le CHW peut apporter son soutien ici de différentes manières, par exemple en aidant à prendre rendez-vous en ligne chez un médecin ou en demandant des documents via l'administration en ligne d'une mutualité. Dans le cadre du COVID-19 en particulier, les CHW ont aidé les gens, par exemple, à obtenir le certificat de vaccination à l'aide d'un lecteur de carte. Le CHW montre à la personne concernée comment effectuer la procédure ou utilise son propre appareil.

Langue

Le CHW assiste également les personnes dans leur communication avec les services de santé à toutes les étapes du continuum d'accès aux soins. Il peut s'agir de communiquer un problème d'une

personne à un prestataire de soins ou de lui traduire les informations d'un prestataire de soins. Concrètement, le CHW peut, par exemple, traduire des informations sur la vaccination contre le COVID-19, mais aussi servir d'interprète lors d'une visite chez un généraliste. Si le CHW parle la langue de la personne, il peut intervenir lui-même comme traducteur. Dans d'autres cas, ils se débrouillent avec des gestes, dessinent des symboles, utilisent des applications de traduction, ou mettent les personnes du groupe cible en contact avec un interprète qui se charge alors de les aider, éventuellement en collaboration avec un CHW. Les CHW ont noté qu'ils peuvent également apporter un soutien aux personnes qui maîtrisent le français ou le néerlandais, mais qui ont des difficultés à comprendre le jargon médical ou le langage complexe utilisé dans les documents administratifs.

I knew [nom CHW] through another [nom pays] person. In Ramadan I needed some help with getting food and also, I needed some help in translation and this person connected with [nom CHW] and gave me his number. I did not know that [nom CHW] works within the medical area. I thought that what [nom CHW] was doing was coming out of kindness.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Tout ce qui est domaine médical je fais des accompagnements moi-même parce qu'il est difficile qu'ils soient rapidement autonomes vu qu'ils ne parlent pas la langue. La barrière de la langue est une grosse barrière que j'ai rencontrée ici.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Statut légal

Comme nous l'avons déjà expliqué plus haut, le statut juridique d'une personne peut également constituer un obstacle aux soins de santé. Il ressort des entretiens avec les CHW et les personnes du groupe cible que les CHW essaient dans un premier temps que la personne obtienne une carte médicale par l'intermédiaire du CPAS. Par ailleurs, les CHW orientent les personnes vers des organisations qui travaillent spécifiquement avec ce groupe cible, comme Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières. En cas d'urgence, le CHW peut aider à obtenir le remboursement des frais médicaux par l'intermédiaire du CPAS. Les entretiens avec les CHW ont toutefois révélé que les personnes sans permis de séjour légal se méfient souvent du CPAS en raison d'expériences négatives antérieures.

2.2.2.2 Soutien proposé par les agents de santé communautaires face aux obstacles liés aux étapes du continuum d'accès aux soins

Étape 1: perception de la santé et des soins

La relation de confiance que les CHW entretiennent avec les personnes du groupe cible représente l'une des pierres angulaires de leur travail (voir plus haut). Les CHW et les personnes du groupe cible ont tous deux indiqué lors des entretiens qu'une approche qualitative, où l'on prend le temps de parler avec l'autre, constitue la base essentielle d'un soutien positif. Lors d'une première rencontre, les personnes sont parfois incapables ou peu disposées à énoncer clairement leurs besoins en matière de soins et les obstacles rencontrés. Soit parce qu'elles en sont incapables, soit par méfiance à l'égard

du CHW. En prenant le temps et en créant une relation de confiance, le CHW est en général en mesure de découvrir « *la question derrière la question* » (CHW, région flamande).



Cette photo représente une polyclinique juste à côté du commissariat de [ville]. Les freins mis en avant dans cette photographie sont la longueur des rendez-vous chez les spécialistes mais aussi la relation de confiance avec la personne. La peur de ne pas avoir les moyens de régler la consultation, le jugement sur leur situation, ... Ses personnes reportent donc leurs soins ou ne prennent tout simplement pas de rendez-vous. Les services déjà existant ont une relation de contrôle. Nous devons lors de plusieurs rendez-vous rassurer la personne que nous ne sommes pas dans le contrôle, mais plutôt dans de l'accompagnement.

Photo et citation : CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

L'une des façons dont les CHW soutiennent les groupes cibles consiste à leur fournir des informations et des conseils de santé corrects, si nécessaire, en utilisant, par exemple, des fiches d'information sur la grossesse. Bien que tous les CHW n'aient pas une formation dans le domaine de la santé, ils peuvent informer le groupe cible sur des questions telles que le fonctionnement du système de santé et sensibiliser à la santé en général. Par ailleurs, des ateliers et des séances d'information sont également dispensés, en collaboration avec des organismes spécialisés, sur des thèmes spécifiques, tels que les soins médicaux d'urgence, la santé en lien avec la sexualité et les compétences numériques.

Du coup nous sommes importants et c'est pour ça qu'il y a une association [nom organisation] qui nous a proposé la dernière fois de faire un atelier numérique justement pour ce type de personnes, leur apprendre un peu comment utiliser de manière générale un ordinateur. Comment aller sur le site de la Mutuelle, comment s'inscrire, faire un petit atelier là-dessus pour voilà ; pour les aider quoi. Bon, à ce niveau-là je pense que notre rôle est pertinent en fait.

CHW, Région de Bruxelles

En ce qui concerne le COVID-19, une partie importante du travail du CHW consiste à fournir des informations correctes sur le virus, la prévention, les mesures en vigueur et les vaccins disponibles. Par exemple, lorsqu'un CHW rencontre une personne qui n'a pas encore reçu de deuxième ou de troisième vaccin, il lui en explique l'importance. En plus de répondre aux questions, des séances d'information sont organisées pour les groupes, toujours en collaboration avec des organismes ou des médecins locaux. Médecins du Monde a contribué, dans au moins une équipe, à une campagne de vaccination destinée aux personnes en situation de précarité sociale. Des activités de *sensibilisation* ont également été organisées, comme par exemple au marché local pour informer les personnes présentes sur la vaccination contre le COVID-19. Les CHW soulignent être conscients de la sensibilité du sujet. Lorsqu'ils fournissent des informations sur la vaccination, ils expliquent qu'ils ne le font pas pour convaincre, mais pour permettre à la personne de disposer des informations nécessaires pour faire ses propres choix. Les CHW essaient d'engager un dialogue et d'écouter sans jugement les incertitudes et les doutes concernant, entre autres, la vaccination contre le COVID-19.

On a même le projet de faire un petit groupe de discussion avec eux, passé à beaucoup de jeunes qui ne sont pas vaccinés là-bas. Pas nécessairement de là à dire voulez-vous faire vacciner ou non, mais pour voir un petit peu pourquoi ils ne voulaient pas se faire vacciner? Pourquoi? Quelle information? Vous avez? Juste discuté un peu.

CHW, Région de Bruxelles



“De voorzitter van deze organisatie vraagt mij om meer uitleg te geven voor de nieuwkomers over de COVID-maatregelen of hoe kan je een Corona attest via internet

krijgen of zoiets. Na dat krijg ik meer bellen van die mevrouwen met verschillende vragen over niet alleen de gezondheidszorg maar ook over alles. Straks kan je hen “nee” niet zeggen. Eerst moet ik een vertrouwen winnen en daarna leg ik alles uit.”

CHW, Région flamande

Étape 2: recherche de soins

L'orientation des personnes du groupe cible à travers le système de santé est au cœur du travail du CHW. Concrètement, ils font connaître les différentes organisations au sein du système de santé et les orientent vers les bons acteurs. Ils aident, par exemple, à trouver un généraliste, un centre de santé communautaire ou d'autres services spécifiques. Les CHW veillent à trouver des prestataires de soins sans liste d'attente ni refus de nouveaux patients afin d'offrir à la personne des soins en temps opportun. Si certains besoins peuvent être mieux satisfaits par une institution qui n'est pas directement liée à la santé, les CHW les y orientent. Concrètement, il s'agit par exemple du CPAS, d'un organisme de logement social ou d'un juriste dans le cadre du titre de séjour. Comme évoqué plus haut, la prise de rendez-vous peut parfois être difficile en raison de la fracture numérique ou de la barrière linguistique. Pour surmonter cet obstacle, le CHW aidera la personne à prendre rendez-vous lors la réorientation.

S'il y a quelque chose qu'on peut relier tu dis à la personne: « moi je vais faire de mon mieux et je vais relier l'information par exemple vers le CPAS pour peut-être avoir une adresse provisoire ou une aide médicale ». Comme ça il est très bien que ton premier rôle c'est relier l'information vers quelqu'un d'autre, mais pas surement de l'avoir, parce que je ne suis pas sûr que je vais avoir ce que je demande pour lui. C'est juste relier l'information et attendre que l'autre service soit il accepte soit il n'accepte pas.

CHW, Région de Bruxelles

Dan heb ik twee meisjes via [organisation locale] leren kennen. Het ene meisje is gruwelijk slachtoffer geweest in Afghanistan. Ik werd daar eigenlijk echt niet goed van en die is ondertussen illegaal. Een negatieve procedure, maar dat is gruwelijk wat dat meisje heeft meegemaakt. Die heeft geen papieren, had ook geen medische kaart trouwens, dus dat was dan een begeleide doorverwijzing naar het Zorgcentrum na seksueel geweld.

CHW, Région flamande

Étape 3: atteindre les soins

La mobilité est un obstacle courant. Le CHW recherche le soutien le plus adapté, en fonction du besoin spécifique. D'une part, ils aident à surmonter les obstacles en matière de mobilité physique. Ainsi, le CHW peut aider à trouver et organiser un service de taxi pour se rendre chez un prestataire de soins. Ces services de taxis sociaux sont cependant relativement chers et surchargés. Dans des situations exceptionnelles, le CHW conduira lui-même la personne chez le prestataire de soins. Le CHW peut également vérifier auprès de la personne concernée si les transports en commun sont une option. Ici aussi, des difficultés financières entrent toutefois en jeu. Certains CHW les résolvent en étudiant la

possibilité d'application d'un tarif social ou en prenant en charge ou en avançant les frais de transport public. D'autre part, les entretiens avec les CHW montrent également que les personnes ont parfois besoin d'une assistance pour prendre les transports en commun. Dans ce cas, ils accompagnent parfois la personne pour la rassurer et la motiver, ou lui montrer le trajet à suivre.

Oui, il m'a conduite à l'hôpital, j'avais un rendez-vous, il est resté avec moi jusqu'à ce que j'ai fini. C'était pour le bras.

Personne du groupe cible, région wallonne et communauté germanophone

Des fois, une personne isolée ne sait tout simplement pas comment atteindre le bus et comment faire pour arriver à l'hôpital, etc. Donc, ce que je fais, je peux les accompagner une première, une deuxième, une troisième fois pour les mettre un peu en confiance avec elles-mêmes, de voir comment et quoi je dois prendre comme bus, je peux aussi les mettre en contact avec les organisations de transport qui existent.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Pour les personnes du groupe cible ayant un emploi précaire, prendre rendez-vous n'est pas toujours évident, notamment si elles doivent attendre longtemps au téléphone avant de pouvoir fixer un rendez-vous avec la mutualité ou le CPAS. Certains CHW expliquent que dans une telle situation, ce sont eux qui prennent rendez-vous pour la personne. S'il n'est pas possible de prendre un jour de congé pour la consultation, le CHW cherchera un moyen de prendre rendez-vous après les heures de travail.

La mobilité, j'arrive à expliquer comment on peut faire. On donne les options qu'on a et on fait avec, mais j'ai déjà eu la situation aussi où on ne savait pas comment atteindre les rendez-vous parce que ça n'allait tout simplement pas, la personne n'allait pas bien, on ne pouvait pas vraiment prendre le bus, il n'y avait pas de service qui était libre cette journée-là. Donc, j'ai dû prendre ma voiture même si ce n'est pas conseillé, je le sais bien, on essaie de l'éviter au maximum par sécurité. Mais des fois, on n'a tout simplement pas l'option.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Étape 4: recours aux soins (offre)

Dans certains cas, le CHW accompagne la personne lors de sa visite aux services de santé, tels que le généraliste, la mutualité ou le centre de vaccination. Plusieurs raisons expliquent cette démarche, selon les barrières. Un CHW peut, par exemple, accompagner pour traduire ou faciliter la communication, apporter une assistance physique en cas de mobilité réduite ou rassurer la personne. Ce dernier point est particulièrement important lorsque les personnes ont peu confiance dans les prestataires de soins. En fonction du prestataire de soins, de la personne et du CHW, ce dernier peut être présent ou non lors de la consultation ou attendre dans la salle d'attente et s'entretenir avant et/ou après avec le prestataire de soins. Tant les personnes du groupe cible que les CHW déclarent

que les services et prestataires de soins consultés sont parfois plus accessibles et plus serviables lorsqu'elles sont accompagnées d'un CHW, et que la demande de soins de la personne est prise plus au sérieux. À cet égard aussi, leur présence peut donc avoir un effet facilitateur.

Sommigen wel, ze zijn bang of zo. Sommigen naar de tandarts, meestal zijn ze bang en ze willen niet een afspraak maken, maar ik leg het uit: het zou beter zijn om een afspraak te maken een keer per jaar, dan zou je minder betalen. Met mij gaan ze wel het doen. Daarom ga ik ook naar de tandarts.

CHW, Région flamande

Lorsqu'une personne rencontre un obstacle financier lors du recours à l'offre de soins, les CHW l'assistent de plusieurs manières. Par exemple, certains CHW les aident à obtenir un remboursement de la mutualité ou une aide financière du CPAS. Le CHW peut, d'autre part, également apporter un soutien en cas de dettes suite à des frais médicaux inattendus. Ainsi, une personne du groupe cible a indiqué lors d'un entretien avoir été aidée par un CHW pour obtenir une médiation de dettes. Enfin, pour faciliter les situations d'urgence et dans des cas exceptionnels, certains CHW paient eux-mêmes les frais médicaux, tels que l'hospitalisation ou les médicaments, et les réclament ensuite aux autorités compétentes. En plus du soutien financier relatif aux soins, plusieurs CHW aident également les personnes en fournissant des informations sur d'autres formes d'aide financière, comme une réduction pour les transports publics.

Comme je dis, l'objectif n'est pas de tout financer, mais c'est comme une sorte d'avance que l'on récupère via le CPAS surtout si la personne n'a pas les moyens. Voilà, c'est pour débloquer une situation, ce n'est pas une finalité mais juste pour ouvrir une porte.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Étape 5: résultat de l'utilisation des soins de santé

L'aide à la communication entre le patient et le prestataire de soins va au-delà du besoin de traduction. Même s'ils parlent la même langue, il n'est pas toujours facile pour les deux parties de se faire comprendre et de comprendre l'autre. Dans une telle situation, le CHW apporte son aide en expliquant exactement ce que l'on peut demander ou attendre d'un prestataire de soins. D'autre part, les CHW aident également à interpréter et à expliquer les résultats lorsqu'ils sont complexes ou pas tout à fait clairs. Les CHW indiquent qu'ils contactent presque toujours la personne du groupe cible après un rendez-vous pour savoir comment cela s'est passé. Le CHW peut alors vérifier si des mesures ultérieures doivent être prises. Les entretiens avec les CHW montrent en effet que les personnes ne savent pas toujours quoi faire des conseils du prestataire de soins. Par exemple, en cas d'orientation vers un médecin spécialisé ou un autre service. Il ressort des entretiens avec les personnes du groupe cible que ce suivi est très apprécié et qu'elles se sentent bien soutenues.

Het gaat ook over de samenwerking misschien met de andere organisaties. Ik bel er naartoe en de tablet is ook een symbool of zo. Ik help met die dingen ook. Dat is belangrijk om te surfen, om te tonen: wat moet de persoon doen. Meestal hebben ze geen internet,

dus ze vragen mijn hulp met mijn tablet. Ik heb de verplaatsing van een afspraak of iets of bevestiging of soms bel ik om resultaten te krijgen. Sommige mensen begrijpen de dokter niet, de resultaten, dus ze zitten bij mij en wij bellen naar de dokter om de resultaten te kennen of een afspraak te maken.

CHW, Région flamande

2.2.3 Fonction de signal

Outre la mission d'apporter leur soutien aux personnes en situation de vulnérabilité sociale en matière d'accès aux soins, les CHW ont également pour tâche d'identifier les inégalités et les problèmes structurels d'accessibilité aux soins de santé. Toutefois, cette partie du projet n'en est encore qu'à ses balbutiements. Plusieurs équipes le font de différentes manières. Dans certaines villes, par exemple, des coaches transmettent ces signaux aux échevins et services administratifs locaux du secteur de la santé, tandis que d'autres le font moins. Une approche et une vision systématique uniforme relative à cette fonction de signalisation et au suivi font actuellement défaut.

Les signaux suivants ont été constatés par les CHW au cours de la première année du projet. Ceux-ci ont été complétés par les signaux mentionnés par les coordinateurs du projet.

Pénurie de généralistes, de dentistes et de prise en charge psychologique

En ce qui concerne les acteurs des soins de première ligne, le projet a révélé une pénurie de généralistes dans certains quartiers vulnérables, rendant les soins de proximité souvent difficiles à trouver. Les CHW constatent que non seulement les généralistes, mais aussi les centres de santé communautaires (maison médicales), refusent souvent tout nouveau patient dans les quartiers où ils opèrent. De plus, les CHW ont indiqué que l'aide psychologique accessible fait défaut pour le groupe cible. Les temps d'attente sont souvent très longs, les consultations loin du domicile. Des thèmes spécifiques, tels que les traumatismes de guerre et les traumatismes des réfugiés, ne sont pas évidents à traiter correctement pour tout psychologue. Les CHW indiquent que le besoin de soutien en santé mentale a augmenté suite à la pandémie de COVID-19. Il s'avère également très difficile de trouver un dentiste de quartier conventionné et qui ne refuse pas les nouveaux patients. En ce qui concerne les soins dentaires, les entretiens ont indiqué que les personnes du groupe cible doivent parfois se rendre dans d'autres villes pour recevoir une aide d'urgence. De plus, les coûts élevés des soins dentaires constituent également un obstacle majeur.

Nécessité d'un langage et de soins compréhensibles

On constate aussi un grand besoin de prestataires de soins qui parlent la langue du groupe cible et d'un soutien structurel aux généralistes face à ces barrières linguistiques. Les CHW ont indiqué qu'il n'y a pas suffisamment de moyens d'interprétation pour pouvoir raconter, dans sa propre langue, son histoire personnelle en tant que patient. Les interprètes disponibles sont très limités et coûtent très cher. Cela a pour conséquence que, dans de nombreux cas, la famille et les amis font office d'interprètes, ce qui n'est pas toujours souhaitable. Les CHW ont signalé que le port du masque obligatoire rend plus difficile encore la bonne compréhension entre le prestataire de soins et le patient, qui ne parlent pas la langue de l'autre. Les CHW et la coordination du projet signalent enfin

la nécessité d'une formulation accessible des informations relatives aux mesures sanitaires. Les campagnes de communication des niveaux supra-locaux ne sont souvent pas adaptées aux différents groupes cibles. Pour citer un exemple concret, plusieurs personnes ne se rendent pas à la vaccination contre le COVID-19 au moment de leur rendez-vous car elles n'ont pas compris la lettre d'invitation.

Soins axés sur le patient et sensibles aux cultures

Un CHW a également indiqué qu'il serait intéressant que des formations sur des sujets de santé puissent être dispensées dans la langue du groupe cible. Lorsque les mesures COVID-19 le permettent, certains CHW animent déjà de telles séances d'information en groupe. Par ailleurs, les CHW ont indiqué que des formations destinées aux prestataires de soins sur certaines thématiques, comme le « parti pris implicite », l'« *entretien motivationnel* » et la « *prise de décision partagée* » sont également intéressantes et nécessaires. Les CHW ont déclaré que trop souvent, les prestataires de soins ne tiennent pas compte de l'avis des personnes, surtout si elles ne maîtrisent pas bien la langue. Dans ce contexte, les CHW signalent la nécessité de prestataires de soins sensibles aux cultures, conscients des besoins spécifiques et pouvant assumer un rôle de médiateur entre différents groupes cibles et d'autres professionnels de santé. Un coach ajoute qu'il y a une grande pénurie de prestataires de soins sensibles aux cultures, en particulier dans les soins de santé mentale.

Reconnaissance des diplômes étrangers dans les professions de santé

Un autre problème identifié par les CHW est l'importance de veiller à ce que les personnes qui ont reçu une formation en soins de santé à l'étranger, non reconnue ici, puissent se recycler facilement. Ainsi, ils pourraient éventuellement être actifs dans le secteur de la santé avec comme atout majeur de connaître la langue, la culture, les coutumes de groupes spécifiques vivant en situation de vulnérabilité sociale.

Méfiance à l'égard des organismes sociaux

Les CHW indiquent également que la méfiance règne parmi des groupes cibles spécifiques, tels que les personnes sans titre de séjour légal, à l'égard d'organisations telles que le CASG et le CPAS. Les CHW notent en outre que dans plusieurs villes, la coopération avec ces organisations est souvent difficile. Dans un certain nombre de cas, les CHW indiquent qu'ils essaient d'aider là où le CPAS n'apporte plus de soutien ou lorsque des personnes du groupe cible ont eu des expériences négatives avec cette organisation.

Suppression des avantages des membres auprès des mutualités

Un coach a également indiqué que la suppression des avantages des membres auprès des mutualités, en cas de non-paiement de cotisation à une mutualité depuis deux ans ou plus, a un impact majeur sur les personnes en situation de vulnérabilité sociale. Ces personnes doivent compter un délai d'attente de deux ans pour bénéficier des prestations complémentaires de la mutualité lors de leur réaffiliation.

Simplification administrative et fracture numérique

Les CHW et un coordinateur de projet indiquent qu'il n'est pas toujours facile de savoir ou de trouver ce à quoi une personne a droit. Les CHW ajoutent que les démarches administratives nécessaires à l'exercice de ces droits constituent une barrière. Certaines procédures administratives, comme la

reconnaissance d'un handicap physique, représentent également une tâche complexe pour les CHW. Par ailleurs, la numérisation de plus en plus poussée des soins de santé constitue un obstacle majeur pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale. Les mesures liées à la pandémie de COVID-19 ont encore accentué cette fracture numérique, notamment en ce qui concerne l'obtention d'un rendez-vous de vaccination et du *Covid Safe Ticket*. Avec les mesures qui préconisent ou imposent le télétravail et avec l'augmentation des activités professionnelles sur rendez-vous, l'accessibilité a également été réduite. Dans certains cas, cela a eu des conséquences graves, telles que la perte de droits ou des retards de paiement.

2.3 Question de recherche 3 : Quels succès et défis se sont présentés dans le projet d'agent de santé communautaire (Community Health Worker - CHW) ? Et comment pouvons-nous les améliorer à l'avenir ?

En examinant les succès, les défis et les améliorations pour l'avenir, nous concentrons notre attention sur les thèmes suivants, déjà abordés au chapitre III du présent rapport : structure de gouvernance ; gestion du personnel (contenu du rôle, embauche, salaire et autres avantages, supervision et équipe) ; matériau de support ; formation et encadrement local.

2.3.1 Structure de gouvernance

Succès

Des échanges avec les coaches et les CHW, il ressort que le projet est fortement ancré localement. Bien qu'il s'agisse d'un projet fédéral, les différentes équipes locales disposent d'une autonomie très étendue dans leur approche et dans la mise en place de collaborations. De nombreux partenariats ont été instaurés avec des organisations locales plutôt qu'avec de grands acteurs (inter)régionaux. L'approche des équipes locales est façonnée par les besoins locaux. De plus, de nombreux CHW travaillent dans le quartier où ils habitent. Les CHW travaillent pour un seul et même employeur, qui chapeaute les organismes assureurs. Cela comporte de nombreux avantages, tels que des conditions de travail et de salaire identiques.

Dans ce projet fédéral, les premières mesures ont été prises pour rassembler les CHW et les coaches des différentes équipes au sein des régions et entre celles-ci. Un exemple intra-régional sont les moments d'échanges mensuels pour tous les CHW wallons, organisés par le *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté*. Cet échange est toutefois limité à la Région wallonne. De plus, une session d'intervision entre les coaches à travers les régions a été organisée dans la seconde moitié de la première année du projet. Elle a été accueillie positivement.

Défis

Parmi les défis soulevés par un certain nombre de CHW de différentes équipes figure celui de la communication avec l'employeur. Compte tenu de la structure du projet CHW, l'appui des RH a été assuré par une des mutualités. Dans une seule région, plusieurs CHW ont par exemple indiqué qu'ils n'avaient aucun lien direct avec le service *Ressources humaines* (RH) et que la communication devait toujours passer par un coach ou un coordinateur. Cela peut compromettre le caractère confidentiel d'assistance RH. De plus, il est apparu dans un certain nombre d'équipes francophones que le support RH était d'abord disponible uniquement en néerlandais, entravant ainsi la communication et obligeant

à recourir à un coordinateur (bilingue). Lors d'une discussion de groupe focus avec les coaches, il a également été convenu que le support RH n'était pas prêt au début du projet et que cela représentait également un fardeau pour eux, car ils devaient en partie assumer cette tâche. Un certain nombre de CHW indiquent qu'un problème similaire s'est produit avec l'assistance informatique. En effet, ce dernier était également assuré par une seule mutualité et rencontrait régulièrement des problèmes liés aux restrictions imposées sur les tablettes par la mutualité concernée qui était responsable des appareils.

Je trouve que peut-être parce que on discute avec mes collègues, on a une problématique de RH. Notre canal avec le RH [ressources humaines] ça passe par beaucoup de personnes. C'est comme notre intimité elle est bafouée, donc tu ne peux pas parler comme ça directement avec un RH ou tu peux expliquer: 'j'ai besoin de ça', sans passer par plusieurs personnes. [...] Maintenant ça passe par tout le monde, par [nom coach], par [nom coach], par [nom coordinateur]. C'est un enchainement. Ça prend beaucoup de temps et les problèmes ne sont pas réglés.

CHW, Région de Bruxelles

Cependant, l'ancrage local du projet comporte également un désavantage pour le niveau fédéral. En effet, du fait de leur grande autonomie, plusieurs équipes suivent leur propre voie au sein d'un même projet. Une conséquence de cette diversité et de cette autonomie locale est la grande difficulté de contrôler et de maintenir une vue d'ensemble au niveau fédéral.

Suggestions

Malgré l'étendue géographique et l'orientation locale, le caractère fédéral du projet peut également servir de force. En organisant des interactions et des échanges plus systématiques entre CHW, les coaches et les coordinateurs de différentes équipes et régions, ceux-ci peuvent en apprendre davantage mutuellement sur les innovations locales réussies et sur les défis locaux. De cette façon, les expériences acquises localement peuvent être utilisées à plein régime et conduire à un fonctionnement plus solide pour toutes les équipes. De plus, le lien direct avec un service informatique et RH bilingue faciliterait le travail des CHW et allègerait celui du coach. Les premiers pas en ce sens ont été franchis vers la fin de la première année du projet.

2.3.2 Gestion du personnel

2.3.2.1 Contenu rôle

Succès

Presque tous les CHW interrogés ont spontanément décrit la méthodologie de *sensibilisation* comme une qualité importante et une valeur ajoutée à leur travail. Ce tant pour atteindre les groupes cibles que pour les orienter et les accompagner vers les institutions ou personnes adéquates. Le CHW agit en quelque sorte comme « *la bibliothèque des organisations (nous sommes la bibliothèque des organisations)* » (CHW, région wallonne et communauté germanophone). En plus de cette approche de *sensibilisation*, les CHW indiquent que la possibilité de prendre du temps contribue à apporter un soutien qualitatif. Les deux éléments étaient pointés par un certain nombre de CHW ayant une

expérience antérieure dans le secteur social comme constituant une différence importante par rapport aux rôles existants dans ce secteur - ceux qui sont limités dans le temps, sont remplis à l'intérieur d'une organisation et qui mettent davantage l'accent sur la quantité. Ce sont donc là aussi quelques-unes des grandes forces de ce projet. À travers l'approche de *sensibilisation*, les CHW réussissent à atteindre un groupe diversifié de personnes qui font face à différents besoins en matière de soins et rencontrent différents obstacles pour accéder à ceux-ci. Ce sont des personnes qui, sans cette approche, passent entre les mailles du filet du système de soins de santé et reçoivent peu de soins formels.

Et le manque d'infos aussi je pense. [onverstaanbaar] c'est juste que les gens ne savent pas que c'est là. Tu as des structures, des organisations qui s'occupent de beaucoup de choses, mais les gens quand ils ne savent pas où aller, ils n'y vont pas. Donc, c'est un peu nous la bibliothèque des organisations sur place parce qu'avec le temps on connaît, c'est normal. Au début, je ne savais pas non plus où aller, mais chaque fois que je demande ma coach et à la prochaine fois que je rencontre ça, je sais où aller, vers qui me diriger. C'est beaucoup plus facile pour les gens de se retrouver et de se repérer.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone



De boodschap is dat wij op straat ons altijd aanpassen. Soms mogen we binnen, soms buiten. Het was mooi weer en heel toevallig dat we langs een bewoner passeerde, en ze had een vraag. Dus mochten we eigenlijk van een koffie aangeboden op straat. En dat gaf mij het gevoel van eigenlijk hier moet ik een foto van nemen hoe laagdrempelig en

kwetsbaar wij ons zelf opstellen omdat wij naar medemensen gaan en dat wij ons aanpassen naar de mensen toe.

Photo et citation : CHW, Région flamande

Lorsque les CHW ont parlé de leur rôle, un certain nombre de qualités essentielles qui sont au cœur de leur travail ont également émergé. Un certain nombre de CHW soulignent l'importance de l'autonomie et de la flexibilité dans l'approche de *sensibilisation*. En partie parce que les gens connaissent souvent mieux leur propre domaine que les coaches, qui sont moins actifs sur le terrain, et parce que les personnes du groupe cible déplacent ou annulent parfois leurs rendez-vous ou sont disponibles de manière irrégulière. En outre, selon plusieurs CHW, il importe également que les personnes aient de bonnes compétences en communication et qu'elles soient honnêtes et fiables, afin de pouvoir établir une bonne relation avec le groupe cible.

De la plupart des entretiens, il ressort que la fonction de CHW donne un sens au travail dans une large mesure. Plus précisément, cela concerne l'aspect social, et le fait d'aider directement les autres de manière concrète et tangible. En outre, un certain nombre de CHW déclarent apprendre de nouvelles choses, notamment par l'intermédiaire de leurs collègues, et disent acquérir également une meilleure compréhension des défis au sein des soins de santé.

Défis

Cependant, comme il s'agit d'un nouveau profil professionnel sans formation préalable spécifique, les entretiens ont démontré que les CHW ne savaient pas toujours clairement en quoi consistait leur rôle. Par conséquent, cette ambiguïté de rôle a posé une difficulté majeure pour chaque CHW interrogé. L'absence d'un cadre clair et d'une description du rôle des CHW a eu un effet démotivant pour certains et a également conduit certains, dans les différentes régions, à abandonner le projet, en partie pour cette raison. Cette ambiguïté de rôle apparaît d'une part lorsqu'il est question de savoir jusqu'où on peut aller pour aider une personne et, d'autre part, sur quels sujets leur rôle est d'aider une personne. Ces aspects sont chacun évoqués ci-dessous. Lors des séances de feedback avec les CHW, il est apparu que la situation s'était déjà grandement améliorée dans plusieurs équipes par rapport aux premiers jours du projet. Le rôle des CHW s'est progressivement clarifié avec l'aide des coaches, en fixant des limites et des priorités, et à travers l'expérience de terrain. Cependant, il y a encore une marge d'amélioration pour affiner ultérieurement le rôle des CHW.

Wat zeggen mensen: "ik wil mensen helpen. Ik ga mensen naar de dokter brengen. Ik ga met vluchtelingen werken. Ik ga met arme mensen werken". Dan denk ik: naar waar leidt dit eigenlijk, dus iedereen maar een beetje zeggen wat die wil. Had ik gezegd: "ik ga met dementerende bejaarden werken in [nom centre de soins résidentiels]", het ging ook goed geweest zijn, bij manier van spreken.

CHW, Région flamande

L'ambiguïté quant au rôle signifie que les CHW ont des visions différentes de la manière dont ils peuvent aider une personne. Concernant la tâche du CHW non seulement d'orienter mais aussi

d'accompagner les personnes du groupe cible, les points de vue diffèrent d'un CHW à l'autre. Certains CHW travaillent en étroite collaboration avec les personnes concernées pour trouver une solution, en les accompagnants de manière intensive pour surmonter les obstacles, par exemple en prenant rendez-vous pour elles. Une autre approche consiste à motiver et aider les gens à surmonter eux-mêmes certains obstacles. L'accent est mis ici sur la vision qui consiste à rendre les personnes du groupe cible aussi autonomes que possible et à trouver des moyens de s'assurer qu'elles ne restent pas dépendantes de parties externes. Il convient de noter ici que l'approche n'est pas seulement déterminée individuellement par les CHW mais dépend souvent aussi de la barrière rencontrée par une personne du groupe cible.

Outre les différentes méthodes de travail, il existe également des points de vue divergents sur la délimitation substantielle du travail en raison du manque de clarté quant au rôle. Les CHW ont des points de vue différents sur les questions que les gens peuvent leur poser. Alors que certains CHW estiment que leur travail consiste à orienter les individus vers les soins de première ligne, d'autres CHW s'investissent également dans la prévention sanitaire. D'autres CHW encore apportent leur aide pour des questions qui ont plutôt un impact indirect sur la santé d'une personne, telles que le logement et le statut de séjour. Tel est par exemple le cas d'un CHW qui interprète son rôle comme « *débloquer une situation (débloquer une situation)* » (CHW, Région wallonne et Communauté germanophone), à savoir lever un obstacle afin de se remettre en mouvement dans une situation qui s'est enlisée. Ce CHW estime que si une situation médicale est bloquée en raison de problèmes juridiques ou de problèmes de logement, ceux-ci doivent d'abord être résolus afin de « *débloquer* ». De plus, par exemple, la fonction de signal des CHW discutée précédemment est également passée à l'arrière-plan pour beaucoup d'entre eux car il n'y a pas encore de structure claire en la matière.

Une autre difficulté réside dans la difficulté fréquente d'accompagner les personnes dans leurs besoins. Les CHW ont mentionné plusieurs difficultés rencontrées au cours de leur travail. D'une part, il peut y avoir des attentes irréalistes de la part du groupe cible. Celles-ci peuvent inclure, par exemple, le souhait que le CHW soit toujours disponible, travaille plus vite, agisse comme un service de taxi, apporte une aide en cas de pratiques illégales telles que la sorcellerie ou pour des questions non directement liées à la santé, telles que la recherche d'un emploi. D'autre part, il existe également des obstacles liés à la santé que le CHW ne peut aider à résoudre. Les problèmes de mobilité en sont un exemple, car les CHW ne sont en principe pas autorisés à transporter des personnes du groupe cible dans leur voiture privée. Dans de tels cas, le CHW ne peut parfois pas faire grand-chose. De plus, comme il n'y a pas de formation uniforme, certains CHW n'ont parfois pas les connaissances nécessaires pour résoudre un problème. Plusieurs CHW qui n'avaient encore aucune expérience dans le secteur social, par exemple, ont indiqué qu'au début, ils ne savaient souvent pas comment soutenir une personne parce que leur propre connaissance du système de santé et des procédures associées était encore trop limitée.

Un dernier défi concerne l'approche de *sensibilisation*. Au cours des entretiens, il est ressorti qu'un certain nombre de CHW ne se sentent pas toujours à l'aise pendant les missions de *sensibilisation*, en partie parce qu'ils ne sont pas suffisamment formés à certains aspects. Tels qu'une visite à domicile, le fait de s'adresser à des inconnus dans la rue ou d'interagir avec des personnes agressives ou toxicomanes. C'est surtout quand, sur le fond, l'approche de *sensibilisation*, porte sur le COVID-19,

que plusieurs CHW indiquent qu'ils considèrent ce sujet comme délicat, car les vaccinations peuvent être une question sensible à laquelle les gens réagissent de manière différente.

Recommandation

Étant donné que de nombreux besoins peuvent, de manière indirecte, avoir un certain impact sur la santé d'une personne, il existe un manque de clarté concernant ce sur quoi ils peuvent et ne peuvent pas aider le groupe cible. Les CHW indiquent également que la manière dont ils peuvent aider ou non les gens n'est pas toujours claire à leurs yeux. Les entretiens ont fait ressortir le besoin d'un cadre concret qui indique clairement aux CHW les problèmes pour lesquels ils peuvent offrir une assistance et dans quelle mesure. En outre, cette définition claire des rôles est également importante dans la communication au groupe cible, ainsi qu'aux autres organisations, leur permettant d'avoir des attentes réalistes quant à la mesure dans laquelle le CHW peut aider. Développer un cadre clair et des objectifs univoques peut aider les CHW à donner une orientation concrète dans leur travail. En outre, il importe de développer une méthode de travail uniforme sur la manière de collecter les signaux concernant les inégalités et les problèmes structurels d'accessibilité aux soins de santé et d'assurer leur suivi.

2.3.2.2 Engagement

Succès

Lors du recrutement des CHW, l'accent n'était pas mis sur le diplôme d'une personne, mais plutôt sur l'expérience de vie et professionnelle. Les CHW qui n'ont aucune expérience professionnelle préalable dans le secteur social ont généralement une expérience de vie partagée avec des personnes du groupe cible, telles que les personnes issues de l'immigration ou vivant dans la pauvreté. Selon les CHW, une telle expérience de vie s'avère utile pour exercer ce travail. En effet cela permet de s'orienter facilement et de proposer rapidement un accompagnement adapté. Un CHW a indiqué que le travail n'est pas facile sans expérience professionnelle préalable, car les jours de formation étaient relativement limités.

J'estime en tout cas qu'on fait un travail où on a été en partie choisie pour notre côté humain parce que ce n'est pas un travail qui nécessite un diplôme. Très honnêtement, je pense que cela demandait quand même des connaissances au préalable, ce n'est pas mal de choses dans le social que je n'avais pas spécialement au début et que je découvre tous les jours des choses. C'est à la fois une qualité, un défaut, c'est de ce côté, on n'est pas formés à la base.

CHW, Région wallonne et la Communauté germanophone

Si d'une part une attention particulière a été accordée à l'expérience de vie, la variation des origines culturelles et du contexte migratoire furent également un critère de constitution des équipes locales de CHW. Le but était de toucher un public diversifié et d'établir plus facilement une relation de confiance avec des personnes d'horizons culturels différents. Cet aspect est également important pour surmonter l'obstacle de la langue.

Pour permettre de s'adresser facilement aux bonnes organisations et institutions de soins, la connaissance d'un quartier par les candidats a également été prise en compte lors du recrutement. Les entretiens et les observations des participants montrent en outre que les CHW qui étaient déjà bien intégrés dans un quartier au début de la mission grâce à des réseaux informels et des contacts existants avec des organisations locales peuvent plus facilement atteindre les personnes du groupe cible.

Vous avez vraiment cherché des gens qui connaissent l'endroit où ils vont travailler, et je vous dis que c'était vraiment un avantage parce que déjà rien qu'en allant dans les organisations, ce sont tous des gens qui viennent d'ici. Donc, j'ai été dans pas mal d'endroits où je connaissais déjà la personne ou je connaissais quelqu'un qui connaissait la personne, et ça a beaucoup aidé à construire le réseau. Donc, c'était : « Ah, mais je te connais ! » Même les bénéficiaires m'ont déjà vu et ça rend la chose un peu plus familiale, ça a vraiment aidé à construire le projet.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Enfin, il ressort d'un certain nombre d'entretiens que des caractéristiques telles que l'autonomie, la fiabilité, de bonnes capacités de communication et de prise d'initiative sont autant de caractéristiques importantes et de critères de sélection pertinents selon les CHW.

Défis

Il est ressorti des conversations avec les coaches que le type de profils exacts recherchés n'était pas toujours clair. Ainsi, selon certains coaches, on s'attendait à ce que la recherche porte principalement sur des personnes non diplômées ou sans expérience professionnelle dans le secteur social. Ils ont néanmoins indiqué qu'après le recrutement, cela se heurtait dans plusieurs cas au contexte de travail des CHW, qui exige un degré élevé d'indépendance et nécessite souvent la capacité de fonctionner de manière autonome par rapport au coach et à l'équipe.

Outre les avantages d'une expérience partagée entre le CHW et le groupe cible, certains CHW ont indiqué que cela pose également des défis spécifiques. Ainsi, un bagage culturel commun peut être porteur de certaines attentes qui ne peuvent être satisfaites. Dans ce cas, cela peut empêcher le CHW de fournir une assistance supplémentaire à cette personne. Par exemple, un CHW a été invité à fournir des informations et une assistance sur la sorcellerie, se heurtant à l'incompréhension du groupe cible lorsque le CHW a indiqué qu'il s'agissait de pratiques illégales. En outre, certains CHW ont également indiqué qu'une assistance approfondie des coaches est nécessaire pour tous les CHW, mais qu'une attention suffisante doit également être accordée au bien-être mental et physique de chaque CHW. Cela peut se faire par exemple en facilitant l'assistance psychologique pour les traumatismes liés au propre passé de réfugié. Ceci est important pour permettre aux CHW de fournir une assistance appropriée.

Omdat het makkelijk is om de verbinding te maken met die mensen van uw eigen origine, maar tegelijkertijd botst ge op zo gemeenschappelijke dingen die in deze maatschappij niet bestaan. Zoals bijvoorbeeld hekserij en zoals bijvoorbeeld mensen van Congo willen

absoluut geen vaccinatie omdat daar heel veel proeven zijn gedaan en mensen ziek zijn geworden, en dan val je in zo'n discussies. Of mensen die voor hun geestelijke gezondheid eigenlijk een tovenaar of zo willen en daar eigenlijk naar vragen en dan boos zijn dat ge dat niet kunt aanbieden, dat ge uw cultuur hebt verloochend. En dat ik zeg van, eigenlijk moet er meer ondersteuning gegeven worden zodat ge daar een antwoord op kunt geven hé. Hetgeen dat ons verbindt is tegelijkertijd ook hetgeen waarin je afgestoten wordt, en natuurlijk in zo'n gemeenschap wordt dat ook heel snel gezegd en dan heb je geen toegang meer. Dan ben jij diegene die de blanke dingen heeft overgenomen, dus je bent gewoon de blanke. En dan sluiten de deuren...

CHW, Région flamande

Recommandations

Les entretiens avec les CHW et les coaches suggèrent qu'il est possible de réfléchir davantage et de mieux communiquer sur les profils spécifiques recherchés pour le recrutement en tant que CHW et sur les caractéristiques essentielles ou pertinentes. De plus, certains CHW proposent également de tenir compte de la composition et des besoins de l'équipe locale lors du recrutement. Tel qu'évoqué en détail sous la rubrique supervision et équipe, la composition d'une équipe peut avoir un impact sur la cohésion et, par conséquent, sur son fonctionnement.

Conformément aux défis énoncés ci-dessus, on peut également travailler à une meilleure clarification des rôles envers le groupe cible quant aux activités effectuées ou pas par les CHW, ainsi qu'à une bonne formation à la communication pour les CHW afin de soutenir les personnes ayant des approches culturelles différentes en matière de santé. Sur ce dernier thème, par exemple, une formation a été dispensée en Flandre à la demande d'un CHW. Il est important de continuer à se concentrer sur cet aspect, également dans toutes les régions. De plus, il importe d'offrir aux CHW la possibilité d'obtenir une assistance psychologique. Et ce pas uniquement parce qu'ils doivent parfois faire face à des expériences de vie difficiles, mais aussi parce qu'ils soutiennent des personnes qui vivent dans des circonstances difficiles.

2.3.2.3 Salaire et autres avantages

Succès

Les CHW ont un contrat de travail fixe et sont rémunérés pour leur travail. Ils reçoivent une compensation financière selon le barème des salaires de l'une des mutualités. Cette rémunération n'est pas liée au niveau d'études de la personne, mais à la fonction qu'elle occupe. Le barème des CHW correspond au salaire d'un employé administratif, tel qu'un gestionnaire de dossier ou un *agent de paie*. En outre, il existe également une différence de salaire entre les employés juniors et seniors, les personnes sont payées en tant que seniors à partir d'un an d'expérience professionnelle. Une CHW mentionne qu'elle est heureuse d'être payée pour le travail qu'elle a effectué bénévolement auparavant. En plus de leur salaire, les CHW reçoivent également des formations, et plusieurs CHW indiquent qu'ils considèrent cela comme une expérience de travail instructive et précieuse.

[L'expérience professionnelle] va être incroyable, c'est sûr. L'expérience humaine qu'on vit en ce moment c'est vraiment trop bien. Je parle pour moi parce que rencontrer des gens qui ont plein de problèmes de santé, ce n'est pas facile tous les jours, mais je trouve que les valeurs qu'on défend sont vraiment bien. Effectivement, je pense qu'il y a beaucoup de choses à faire, donc je trouve ça très bien.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Défis

Un certain nombre de CHW interrogés indiquent qu'ils ne font pas ce travail pour des raisons financières, mais veulent principalement aider les gens. D'un autre côté, il y a d'autres CHW qui estiment que leur salaire est bas, surtout s'ils ont fait une formation antérieure et ont beaucoup d'expérience de travail dans le secteur social. Plus précisément, ils déclarent que les attentes du travail de *sensibilisation*, comme le fait de passer beaucoup de temps à l'extérieur, d'être flexible et devoir faire face à des situations conflictuelles du point de vue émotif voire physique, ne sont pas proportionnelles au salaire. Il convient de noter que la plupart des coaches le confirment lors des discussions du groupe focus.

C'est une question d'inconfort. Quand on fait du travail de nuit, on a une prime de nuit parce que c'est inconfortable de travailler la nuit. Ici c'est un travail d'extérieur, difficile et je pense qu'il faut le faire pas une journée mais plusieurs jours d'affilée, quand il fait dégueulasse, quand on va dans des logements, quand on s'assied à des endroits où ce n'est pas OK de s'asseoir, où personne ne devrait s'asseoir à cette place et qu'on le fait. Tout cela est un inconfort, et en plus on n'a pas de lieu attribué où on peut aller se remettre en sécurité ne serait-ce que se ressourcer, s'asseoir sur une chaise propre avec des toilettes pas loin, un verre d'eau, un collègue pour déposer ou son coach.

Coach-CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Recommandations

Certains CHW excellent dans certains aspects de leur rôle ou ont acquis des compétences ou des connaissances spécifiques grâce à une formation préalable spécialisée. Néanmoins, ce potentiel n'est pas toujours pleinement exploité et, à l'heure actuelle, les CHW ne peuvent pas progresser dans leur travail - sous réserve des exceptions discutées ci-dessous, où certains CHW se sont vu confier d'autres tâches. Cela s'étend aux recommandations pour élaborer un parcours prédéfini où les CHW possédant certaines qualités ou compétences peuvent évoluer vers des postes où tirer pleinement parti de leurs capacités.

2.3.2.4 Encadrement et équipe

Comme les CHW, les coaches recrutés pour ce projet ont des profils et des expériences antérieures variés. Une grande partie des coaches travaille pour l'une des mutualités et s'est donc vu proposer une offre de travail pour ce projet. Elles proviennent de différents services au sein des mutualités, tels que la *recherche de contacts*, le service social et les services à la jeunesse. Les coaches recrutés en

dehors des mutualités, en revanche, ont généralement une expérience spécifique dans la gestion d'équipes qui travaillent avec une méthodologie de *sensibilisation*, comme chez Médecins Sans Frontières ou dans le développement communautaire.

Succès

Chaque équipe de CHW a au moins un coach qui la soutient et assure le suivi. Cet accompagnement porte par exemple sur l'aide dans le renvoi vers des organisations pertinentes et leur identification, la médiation des conflits au sein de l'équipe et l'offre d'une écoute attentive. En outre, les coaches aident également à définir le rôle du CHW en définissant les limites selon lesquelles les CHW peuvent ou non apporter leur aide dans la discussion de cas concrets. Les entretiens montrent que ce suivi et cet accompagnement individualisé sont un point fort du projet. En plus d'une fonction d'encadrement et de coaching, les coaches doivent également assumer une importante tâche administrative. Concrètement, par exemple, le coach prépare et anime les réunions d'équipe, s'occupe de l'administration de l'équipe et formalise les relations avec les organismes extérieurs.

Cependant, le feedback entre les entraîneurs et les CHW varie considérablement d'une équipe à l'autre. Ainsi, dans au moins une équipe, les CHW sont invités à dresser un rapport concis après chaque journée de travail, tandis que dans une autre équipe cela se fait sur une base hebdomadaire. Chaque équipe a généralement au moins une réunion par semaine, pendant laquelle le fonctionnement au jour le jour est discuté. De plus, le coach organise également des moments de supervision où les cas spécifiques et les difficultés sont abordés. Cela se fait parfois en groupe et parfois individuellement.

En Wallonie, les différentes équipes organisent un moment d'intervision collectif, qui est animé par l'équipe régionale du *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté*. Les CHW wallons s'expriment positivement concernant ces sessions, qui ont divers objectifs. D'une part, elles offrent un moment de feedback au cours duquel les CHW travaillant dans différents contextes peuvent partager leurs expériences et discuter des cas difficiles en groupe. Ceux-ci indiquent que cela bénéficie également à l'esprit d'équipe et qu'il est intéressant de comprendre le fonctionnement des autres équipes. D'autre part, des formations sont parfois également dispensées lors de ces moments d'intervision, où tous les CHW wallons sont immédiatement touchés et placés sur un même niveau.

Oui, ce sont des interventions plus ou moins une par mois, je crois toutes les six semaines peut-être. Ça dépend un peu, mais c'est plus ou moins toutes les quatre semaines, cinq semaines. C'est une journée où on se rencontre à Namur, tous les CHW de La Wallonie en tout cas. On se donne rendez-vous, on est plus ou moins 20 je crois de [stad], [stad], [stad] et moi-même, et c'est toujours super intéressant parce qu'on se donne des échanges, on voit les méthodes des autres, comment ils travaillent, on reçoit des petites formations. [...] On sort un peu de son monde personnel et on voit un peu le métier en global dans les autres coins de la Belgique. Donc, ça fait avancer, on peut poser nos questions qu'on rencontre dans la journée, on peut les partager avec les collègues, on peut voir comment ils réagissent dans quelle situation, des trucs comme ça. Et ça m'a beaucoup apporté à chaque fois, clairement.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Les CHW travaillent de différentes manières au sein de l'équipe. Il ressort des entretiens avec les CHW que certains préfèrent sortir en duo lorsqu'ils travaillent pour sensibiliser. Cela peut être par exemple dû à des raisons de sécurité lors d'une visite à domicile ou parce qu'un duo multilingue peut atteindre un plus grand groupe de personnes pendant le travail de sensibilisation. Cependant, il y a aussi des CHW qui préfèrent travailler seuls, car il peut par exemple être plus facile d'établir une relation de confiance avec les gens.

Défis

Certains CHW ont indiqué dans l'entretien que la présence limitée des coaches sur le terrain était vécue comme un désavantage pour eux. Par exemple lorsque les CHW avaient besoin de plus de conseils et d'assistance de la part des coaches pour remplir leur rôle. Cependant, comme les coaches n'étaient pas souvent sur le terrain pendant les activités de *sensibilisation* des CHW, ces derniers ne se sont pas toujours sentis reconnus ou pris au sérieux dans leur demande de soutien. Les CHW ont indiqué qu'ils étaient conscients que les entraîneurs n'avaient généralement pas le temps de marcher avec eux car ils avaient une charge de travail administratif élevée. En outre, plusieurs coaches travaillent à temps partiel, et ont dès lors plus de mal à libérer du temps pour une visite sur le terrain.

Comme pour le sentiment que certains CHW ont concernant la présence limitée des coaches sur le terrain, certains CHW ont également indiqué dans les entretiens qu'ils ressentent une grande distance vis-à-vis des coordinateurs du projet. Dans certains cas, cela a provoqué la frustration des CHW parce qu'ils avaient l'impression de ne pas être entendus. Ils ont indiqué qu'ils avaient le sentiment que les décisions importantes concernant le projet sont prises par des employés éloignés du site et qui ne connaissent pas suffisamment le rôle quotidien du CHW.

Les CHW indiquent que des tensions surviennent parfois avec les coaches, leur causant du stress et provoquant un impact sur leur travail et leur bien-être. Par exemple, certains CHW rapportent qu'ils sont découragés de travailler de manière autonome par des coaches qui ne soutiennent pas ou désapprouvent leurs initiatives personnelles, telles qu'une campagne publicitaire ou une collaboration avec une organisation locale. De plus, certains CHW ont également indiqué qu'ils estimaient que le coach était parfois assez méfiant à leur égard. Cette méfiance pouvait se manifester de différentes manières. Par exemple, lors de deux entretiens, il est ressorti que le CHW avait le sentiment de faire l'objet d'une *micromanagement*, car il estimait devoir faire des comptes-rendus détaillés et inutiles de ses activités quotidiennes ou de ses déplacements. D'autres ont indiqué qu'ils devaient justifier chaque dépense et dès lors ne pas toujours pouvoir travailler à leur manière, par exemple en engageant de petits frais sous la forme d'un café ou d'un ticket de bus offerts - en vue de renforcer le lien de confiance avec une personne du public cible.

Les entretiens avec les coaches et les entretiens avec les CHW ont montré qu'une équipe qui fonctionne bien, avec une forte cohésion, constitue un défi. Comme les attentes concrètes relatives au rôle des CHW et des coaches n'étaient pas toujours claires au début du projet et comme une grande autonomie était attendue des CHW, cela a provoqué des tensions internes dans certaines équipes. Concrètement, dans certaines équipes, cette tension s'est produite, par exemple, entre les CHW avec et sans expérience professionnelle antérieure dans le secteur social. Par exemple, les CHW qui ont

une expérience en tant qu'assistants sociaux y font souvent recours pour combler l'ambiguïté de rôle initiale de leur travail, tandis que les CHW sans expérience ont parfois plus de difficultés à entamer de manière autonome le travail de *sensibilisation*, préférant se concentrer sur d'autres choses, comme la mise en place de collaborations avec d'autres organisations. Ces différences d'approche et de vision ont provoqué un certain degré de tension interne dans un certain nombre d'équipes.

Coach 1: Eigenlijk moesten we in het begin echt inzetten op coachen en een team vormen en hoe gaan we dat hier samen aanpakken en blablabla. Maar daar was er eigenlijk veel te weinig tijd voor.

Coach 2: Dat is iets wat ik wel heel sterk gedaan heb, ja ik heb wel drie keer in de week met hem samen gezeten om echt naar een teamgevoel te komen en een gezamenlijke visie. Maar ja, dat was zeer intensief.

Coaches, Région flamande

Recommandations

Au cours des entretiens, les CHW ont fréquemment suggéré qu'une plus grande présence des coaches sur le terrain pourrait contribuer à une meilleure relation de travail entre eux. De cette façon, les coaches auraient une meilleure idée du travail quotidien des CHW et des problèmes qui se présentent, et les CHW se sentiraient également plus écoutés et pris au sérieux. Certains CHW apprécient beaucoup les visites de travail que les coaches ont effectuées sur le terrain. La plus grande fréquence de ces visites de travail pourrait contribuer à améliorer la compréhension mutuelle. Une suggestion similaire a été faite par certains CHW aux coordinateurs de projet. Une plus grande présence sur le terrain pourrait combler l'écart avec les CHW et réduire le sentiment d'incompréhension que certains CHW ressentent lors de la prise de décisions.

Plusieurs équipes font actuellement l'essai de nouveaux fonctionnements. Les CHW se sont vus officiellement attribuer un rôle d'assistance supplémentaire dans au moins deux équipes tout au long de la première année du projet. Cela concernait toujours les CHW ayant une expérience de travail antérieure spécifique qui s'est avérée utile pour le projet. Dans une équipe, il s'agit d'un rôle de coaching, dans lequel le CHW accompagne des collègues à temps partiel sur le terrain et soulage ainsi la charge de travail du coach, qui peut alors se concentrer davantage sur les tâches administratives. Bien que les autres CHW de l'équipe soient positifs à ce sujet, la personne en question indique qu'il est difficile de cumuler les deux fonctions. En effet, les nombreux déplacements et la flexibilité attendus d'un CHW ne sont pas toujours compatibles avec la fiabilité et la disponibilité attendues d'un coach. Cependant, selon le contexte et avec une préparation approfondie, ces problèmes peuvent être évités, et cela pourrait donc constituer une solution intéressante pour combler le fossé qui existe parfois entre les CHW et les coaches, surtout lorsqu'un coach ne travaille qu'à temps partiel et a peu de temps pour être sur place. Dans une autre équipe, il y a un CHW qui fournit une assistance pratique à temps partiel à l'équipe, par exemple pour le développement du matériel de *sensibilisation*, tel que des cartes de visite et des jeux, et des outils de communication, comme la présentation de l'équipe et le travail vers des organisations externes. De plus, il y a aussi une équipe dans laquelle le coach a d'abord travaillé comme CHW au sein de la même équipe pendant un certain temps. Les autres CHW

sont plutôt positifs à ce sujet, car cela signifie qu'ils connaissent le contexte de travail des CHW en partant de leur propre expérience et qu'ils peuvent dès lors mieux comprendre leurs besoins.

La difficulté en ayant une fonction mixte, c'est que moi, je rencontrais aussi des personnes à accompagner et donc, je dépends aussi de leurs agendas. Donc, je ne peux pas bloquer. Au départ, on avait imaginé que j'allais bloquer deux jours par semaine pour le rôle de coach, mais c'est ingérable parce que quand j'ai une personne à accompagner chez le médecin, en inscription à la maison médicale ou autre, je dépends de la maison médicale et de ces disponibilités, de la personne. Et donc, les jours où je suis censée être coach et faire des choses vraiment en lien c'est-à-dire les entretiens individuels ou les accompagner sur le terrain, ou remplir un document, répondre à des e-mails, parfois je dois couper ma journée, je vais avoir une réunion avec Dorothée de 9h à 10h par exemple puis je vais partir sur Seraing accompagner des gens et revenir au domicile continuer le travail et parfois repartir. Donc, j'ai énormément d'aller-retours, c'est super riche comme fonction et en même temps, c'est très difficile de coupler les deux.

Coach-CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Si je devais juste dire une chose, je trouve que ça aurait été plus simple pour [nom du coach] qu'elle soit en même temps facilitatrice et en même temps coach. Elle aurait eu la même vision que nous du terrain.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Il est important d'évaluer davantage ces nouvelles fonctions au cours de la deuxième année du projet et de les adapter progressivement.

2.3.3 Matériel de support

Succès

La diversité des profils des CHW et des contextes dans lesquels ils travaillent ont conduit à concevoir un matériel de support innovant. Ainsi, un certain nombre de CHW ont développé différents jeux permettant d'interagir avec les personnes du groupe cible de manière créative et compréhensible. Les exemples incluent un questionnaire sur la santé relatif aux mesures contre le COVID-19 et un jeu de quête sur la façon de naviguer dans le système de santé. D'autres CHW de différentes équipes ont produit une brochure avec un aperçu complet de tous les services et organisations locaux concernés et leurs coordonnées, ce qui s'avère très utile lors des travaux de *sensibilisation*. Dans certaines équipes, cela porte sur des informations assez spécifiques, telles que les langues parlées par un prestataire de soins ou les spécialisations d'un médecin spécifique, dans le but d'orienter les gens le mieux possible. Il y a aussi des CHW qui font l'essai de certaines aides à la communication, comme l'utilisation de diagrammes, de symboles et d'autres visualisations permettant de surmonter la barrière linguistique. Enfin, plusieurs équipes ont également conçu leurs propres cartes de visite affichant leurs coordonnées. Celles-ci pourraient ensuite être remises aux personnes du groupe cible ou laissées à des endroits stratégiques. Ce ne sont là que quelques-uns parmi les nombreux matériaux innovants que les CHW ont eux-mêmes développés et qui constituent un atout majeur du projet.

En plus de leur propre matériel, les CHW ont également eu recours à du matériel qui a été développé par une autre organisation. Par exemple, les CHW ont utilisé une application pour les éducateurs de rue qui travaillent avec les jeunes. Cette application servait à la fois d'outil d'inscription et de guide de conversation. Dans certains entretiens, les CHW ont indiqué qu'ils utilisaient la structure des questions de l'application pour structurer la conversation avec la personne du groupe cible. L'application est discutée plus loin sous la rubrique défis. En outre, les CHW ont également utilisé le matériel d'information existant, des jeux existants ou ont par exemple emprunté des *outils de conversation* auprès d'organismes spécialisés, tels que LOGO (LOkaal GezondheidsOverleg) et *Culture et Santé*. À titre d'exemple, citons le soi-disant « *Bonhomme de Santé* », décrit ci-dessous.



Le bonhomme vraiment, c'est basique, c'est vraiment l'être humain, un corps humain et tout. Et l'idée, c'est vraiment de donner le choix aux participants de coller des post-it selon où ils ont mal, où ils sentent mal sur le bonhomme et après selon ce qu'ils ont identifié comme maux, nous maintenant on peut revenir derrière pour proposer un entretien, pour discuter en détails de qu'est-ce que vous allez faire par hasard par rapport à ce mal que

vous avez identifié, est-ce que vous avez rencontré un médecin, est-ce que vous avez besoin d'un médecin, est-ce que voilà ! L'idée, c'est vraiment de générer la discussion.

Photo et citation : deux CHW, Région bruxelloise

Au cours de leur formation, les CHW ont également reçu plusieurs supports préalablement élaborés afin de mener à terme leur travail au mieux et de faciliter les conversations avec les personnes du groupe cible. En guise d'exemple, citons une série d'images plastifiées du parcours de soins et un certain nombre d'obstacles courants (cf. figure 5, chapitre III). Sur la base de ces images, les conversations sur la trajectoire de soins peuvent être soutenues de manière visuelle lorsque, par exemple, il existe une barrière linguistique ou liée aux connaissances. Ces images ont été reçues de manière mitigée par les CHW. Certains CHW ont indiqué qu'elles fonctionnent bien et sont utiles dans certaines situations, comme par exemple avec des personnes se sont récemment installées en Belgique, ne parlent pas la langue et ne connaissent pas encore le système de santé. D'autres CHW, en revanche, ne savaient pas quoi en faire ou les trouvaient trop complexes, car leur utilisation n'avait pas été abordée pendant la formation. Les coordonnateurs ont indiqué que les images ralentissaient parfois les conversations et ne fournissaient pas de langage commun pour discuter en profondeur des obstacles perçus.

Défis

Au début du projet, les CHW ont reçu un téléphone portable classique et une tablette pour garder le contact, rechercher des informations et effectuer leurs tâches administratives. Cependant, les dispositifs se sont avérés peu conviviaux et insuffisamment adaptés aux besoins des CHW. Ainsi, certaines fonctionnalités et la plupart des applications ont par exemple été bloquées sur les tablettes pour des raisons de sécurité. Cela a rendu les CHW moins accessibles, car de nombreuses personnes du groupe cible utilisent des applications pour smartphone telles que *WhatsApp*. En conséquence, de nombreux CHW ont commencé à utiliser leurs smartphones personnels comme alternative. Cependant, cela a eu un impact sur leurs loisirs et leur équilibre travail-vie privée, car ils ont été contactés en permanence via leur appareil personnel en dehors des heures de travail, pendant les week-ends et pendant les vacances. De plus, il s'est par exemple avéré difficile d'écrire des e-mails à des organisations externes sur les tablettes, à cause de l'écran. Ce problème a été résolu après un certain temps en fournissant aux CHW des claviers montables. L'assistance informatique à proximité/sur place, insuffisante, a en outre rendu le fonctionnement plus difficile en cas de problème avec un appareil. Pour communiquer avec le groupe cible, et pour effectuer des tâches administratives et maintenir une séparation adéquate entre travail et vie privée, les CHW ont indiqué qu'un smartphone et un ordinateur portable seraient de meilleurs outils de travail. Au terme de la première année de travail, le GSM classique et la tablette ont été remplacés par un smartphone et un ordinateur portable chez tous les CHW. Les CHW ont indiqué lors d'un feedback qu'ils avaient vécu cela comme un aspect positif, car les démarches administratives s'en trouvaient simplifiées et cela leur permettait par exemple d'utiliser un lecteur de carte.

Le problème [avec les tablettes], c'est que; comme je l'ai dit il n'y a pas de lecteur carte pour brancher la carte d'identité parce que pour ça, tu dois avoir un PC. Sinon si t'as la tablette, il y a l'application Itsme, les seniors et les personnes âgées, par exemple les sans-

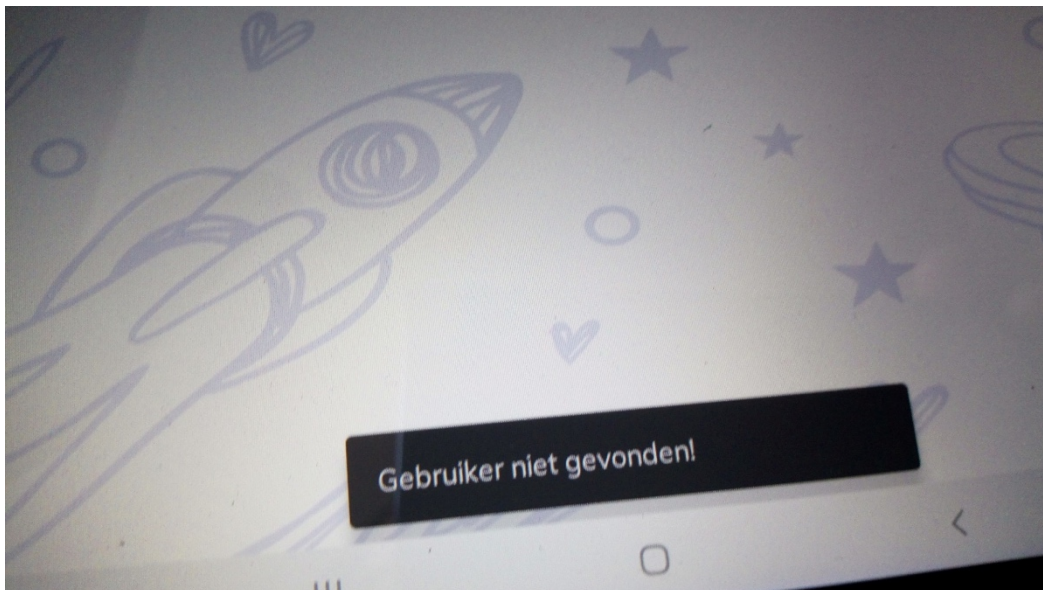
papiers aussi il n'y a pas option de faire. Ils n'ont pas carte d'identité, ils n'ont pas ltsme. Ils peuvent aller chez leur médecin traitant pour avoir ça. Mais comme eux, c'est des sans-papiers, ils ne peuvent pas voyager, ils n'ont pas besoin d'avoir une attestation de vaccination. Ils n'ont pas besoin de voyager. Ils ont besoin seulement d'une preuve qu'après le vaccin, ils ont une petite carte comme ça comme attestation. Mais pour les seniors quand même, ils ont besoin de demander.

CHW, Région de Bruxelles

Er zijn mensen die geen belwaarde hebben of die gewoon makkelijker overweg zijn met een WhatsApp en via Facebook. Als het gaat om bereikbaarheid. We moeten wel laagdrempelig zijn. We moeten de markt toegankelijk zijn, maar ik vind ons telefoon niet echt euh euh echt toegankelijk eigenlijk.

CHW, Région flamande

Tel que brièvement mentionné ci-dessus, les CHW ont utilisé une application comme outil d'enregistrement pour enregistrer les moments de contact avec les personnes du groupe cible. Ils pourraient par exemple saisir dans celle-ci les besoins de soins d'une personne et les obstacles aux soins que cette personne a rencontrés. Cela a permis de créer un profil et d'assurer un suivi par le même CHW ou par un autre CHW. Il est ressorti des entretiens avec les entraîneurs et les CHW que l'application avait néanmoins quelques problèmes. Plusieurs bugs ont ainsi été signalés, ne permettant pas d'enregistrer les données. De plus, la saisie des données était considérée comme encombrée et chronophage, de sorte qu'après un certain temps, certains CHW considéraient cet outil comme une charge administrative plutôt que comme un soutien. Les développeurs de l'application ont toujours apporté leur soutien et se sont montrés très enclins à répondre aux questions et à rechercher des solutions. Néanmoins, certains ont commencé à moins utiliser l'application, car ils ne la trouvaient pas assez conviviale. Bien qu'une courte formation à l'application ait été dispensée, elle s'est avérée insuffisante pour certains CHW et coaches. De plus, il manquait également un manuel adapté aux CHW sur lequel s'appuyer après la formation. Une conséquence de cela est que dans différentes équipes, des approches différentes ont été adoptées pour la saisie des données dans l'application, entravant la comparaison des données de différentes équipes. Certaines équipes se sont concentrées sur l'enregistrement détaillé de toutes les activités, tandis que d'autres ont rencontré plus de difficultés avec l'enregistrement. Comme le montre la citation ci-dessous, l'une des équipes a eu beaucoup de mal avec l'application et n'a donc rien enregistré. Vers la fin de la première année du projet, on s'est employé à développer un outil d'enregistrement propre et adapté aux CHW.



Tot nu toe gebruikt niemand van ons team deze app, tablet wordt enkel gebruikt voor 4G en belwaarde. Niemand registreert iets, behalve wat in schriftjes. Vorige week maakte ik een amateuristische registratiefiche die we manueel zullen invullen. [...] De administratieve en ICT strubbels geven iedereen wel een slecht gevoel.

Photo et citation : CHW, Région flamande

Les CHW et les coaches ont indiqué que l'absence d'un bureau permanent ou local était considérée comme une limitation majeure dans la plupart des équipes. Un certain nombre d'équipes ou d'CHW individuels ont des accords avec des organisations locales, dont ils peuvent utiliser un espace, bien que cela soit plutôt exceptionnel. Cependant, cette situation n'est pas non plus optimale, car les CHW doivent alors tenir compte des heures d'ouverture de ces organisations. L'absence d'un local permanent entraîne un certain nombre de problèmes, comme l'absence d'un espace qui leur est propre pour recevoir les personnes du groupe cible, tandis que les CHW affirment ne pas se sentir toujours en sécurité, par exemple pour les visites à domicile. Un autre problème est que les CHW sont souvent occupés à l'extérieur avec le travail de sensibilisation, et sans local ils n'ont pas d'endroit fixe pour manger ou remplir des tâches administratives quand il pleut. Dans ce cas, le retour à domicile n'est pas toujours une option car en pratique tous les CHW ne vivent pas à proximité du quartier où ils travaillent. Certains CHW résolvent ce problème en mangeant dans leur voiture, mais tout le monde n'a pas cette option. Un problème similaire se pose pour une visite aux toilettes. Il ressort des entretiens que les CHW utilisent parfois les toilettes des établissements de restauration, ce qui comporte un coût. Les entraîneurs ont également indiqué que le fait d'avoir un local permanent peut améliorer le suivi des CHW. Ils pourraient ainsi se rencontrer brièvement dans ce local au début ou à la fin de la journée de travail pour vérifier l'avancement du travail.

En tout cas, il faut revoir le confort minimum des besoins vitaux comme aller aux toilettes, avoir un endroit où manger parce que là on a commencé au mois de Mai, mais d'ici quelques semaines qu'est-ce qu'on va avoir comme conditions climatiques. Quand il va

faire froid, ils vont être toute la journée à l'extérieur passer d'un rendez-vous à l'autre. S'il n'y a même pas un endroit où se poser, manger, se réchauffer, c'est compliqué.

Coach, Région wallonne et Communauté germanophone



Photo : CHW, Région de Bruxelles

Recommandations

Les CHW ont indiqué que tant l'accès à un local fixe que la présence d'une imprimante pourraient soutenir leur travail pour, par exemple, créer des renvois ou imprimer des CovidSafeTickets. Actuellement, les CHW le font avec leurs propres ressources, pour lesquelles ils peuvent participer aux frais, ou avec des organisations locales, bien qu'il soit difficile de le faire systématiquement. En outre, l'accès à une imprimante peut également aider les CHW à imprimer le matériel d'assistance existant et les informations d'autres organisations, telles que des brochures contenant des conseils sur ce qu'il faut demander lors de la visite d'un médecin généraliste.

Is dat een luxe als ik zeg, een printer dat we soms echt willen printen. Je moet soms doorverwijzingen doen of toeleiding doen, of een brief samen met de cliënt misschien

opstellen voor een dokter of voor een mutualiteit. Als je zegt van die cliënt kan zelf gaan, maar we kunnen daar effe een dingetjes aandoen he, iets opzoeken of iets is uitprinten: dat is wel nodig. Maar ook voor je eigen zelf, voor uw documenten uit te printen. Soms wil je informatie opzoeken waarvan je denkt van dat zijn zorg- van organisaties die ook rond zorg werken, dat je dat ook kunt uitprinten en dat je daar bij hebt iedere keer, want we moeten ons constant verplaatsen.

CHW, Région flamande

Les CHW ont également indiqué qu'un badge d'identification ou des vêtements identifiables seraient utiles pendant le travail de sensibilisation. Étant donné que les CHW sont actuellement relativement peu connus, il ne va pas de soi qu'ils soient perçus comme légitimes. Un moyen d'identification clair constituerait une solution à cet égard. Au cours de la première année, un badge d'identification a été fourni. De plus, lors des entretiens avec les CHW, il a été mentionné dans un certain nombre de villes qu'une table pliante et une tente de réception s'avéraient nécessaires, car ces équipes organisent de nombreuses activités dans l'espace public pour rencontrer les gens. L'accès aux vélos a également été mentionné comme une solution utile, pour permettre aux CHW de se déplacer facilement dans les quartiers où ils opèrent. Certains quartiers sont très étendus et, dans ces cas, le vélo pourrait être un moyen de transport souple et sain.

Enfin, les CHW déclarent encourir divers coûts pendant le travail de sensibilisation. Cela concerne, par exemple, les petites dépenses informelles, comme un café ou un trajet en bus offerts, qui peuvent contribuer à jeter les bases d'un climat de confiance. Un certain nombre de CHW proposent de fournir un budget fixe, hebdomadaire ou mensuel, pour chaque CHW, réservé à ce type de coûts.

En dan zou het natuurlijk fijn zijn, als ik een badge heb, dat ik echt die herkenbaarheid heb. Anders gaan ze me gewoon niet erkennen he. Anders zien ze gewoon iemand, met een iPad voor zich, wie is dat? Om het wat toegankelijker te maken voor de mensen. [...] Het zou handig zijn als we zo T-shirts kunnen krijgen met CHW ja, als we zo op de markt moeten staan of zo. [...] Het zou fijn zijn als we een fiets zouden kunnen krijgen of zo. Euh. Waarom? Euh. Om ons te verplaatsen binnen de wijk. Dat is toegankelijker, kan je makkelijker met mensen praten. Hoef je de auto niet te nemen, is ook ecologischer? Heeft veel positieve redenen.

CHW, Région flamande

2.3.4 Formation

Au début de leur emploi, les CHW ont reçu une formation de quelques jours, pendant laquelle quelques questions de base ont été discutées. Ces formations ont été organisées de manière différente dans toutes les régions, ce qui rend difficile la formulation d'une réflexion générale sur la formation. Ci-après, nous abordons certaines lignes générales qui sont ressorties de tous les entretiens avec les CHW à travers les régions.

Succès

En raison de leur expérience professionnelle antérieure, un certain nombre de CHW ont mentionné lors des entretiens que la formation était simple. À leur avis, la formation était adéquate et pas trop lourde. Les CHW avec peu d'expérience de travail voire aucune dans le secteur social ont indiqué qu'ils trouvaient la formation nécessaire et intéressante. Un certain nombre de CHW ont indiqué qu'il était intéressant de recevoir une partie de la formation par des experts de la pauvreté, car ces personnes offrent un point de vue intéressant et peuvent donner de nombreux conseils pratiques. En outre, un CHW a également indiqué qu'il était intéressant de discuter des points de vue et des expériences antérieures d'autres collègues et d'échanger leurs connaissances respectives. Plusieurs CHW qui ont été embauchés seulement quelques mois après la période de recrutement initiale ont également suivi d'autres CHW collègues pendant leur formation plus limitée. Ils ont décrit cela comme une bonne expérience, qu'il pourrait être intéressant d'appliquer systématiquement.

Franchement, je me sentais bien accueilli. Je l'ai dit à chaque fois, j'ai trouvé ça une chance pour moi d'arriver un mois après les autres parce que j'ai eu l'exemple, c'est ce qui manquait peut-être tout au début pour ceux qui étaient nouveaux, ce qui est normal, il n'y a pas d'exemple. Mais le fait d'arriver, d'avoir les choses en place et de voir l'exemple chez les collègues, de pouvoir poser toutes les questions qu'on a etc. je me sentais vraiment bien préparé. Je n'étais pas trop stressé au coin, j'avais envie de commencer de mon côté parce que déjà tu as une semaine de formation et après tu suis une semaine les collègues, tu peux leur poser plein de questions, tu vois comment ils présentent le projet dans les organisations par exemple.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

En plus de la formation au début de leur emploi, les CHW se voient proposer de nouvelles formations. Celles-ci diffèrent d'une équipe à l'autre et leur contenu dépend généralement de l'offre locale ou régionale et est adaptée aux besoins des CHW. Les cours approfondissent une matière et sont souvent donnés par un spécialiste. Il peut par exemple s'agir de l'administration des premiers secours, de la déontologie, du secret professionnel ou de la manière de traiter les personnes sous l'emprise de l'alcool ou de drogues. Au cours des entretiens, les CHW ont qualifié ces formations d'instructives et précieuses, car elles fournissent des outils concrets. Dans au moins une équipe, en concertation avec le coach, une liste a été diffusée entre les CHW, avec les formations qu'ils souhaiteraient recevoir. Dans certains cas, cependant, les CHW ont dû demander ou rechercher eux-mêmes une formation.

Défis

Le niveau de difficulté et la valeur ajoutée de la formation de base ont été perçus différemment par les CHW avec et sans expérience professionnelle antérieure dans le secteur social. Par exemple, certains CHW qui n'avaient que peu ou pas d'expérience professionnelle dans ce secteur ont déclaré que la formation était courte et bien remplie, mais ne suffisait pas pour les préparer correctement à leur travail. Un certain nombre d'CHW ayant une expérience professionnelle antérieure dans le secteur social, en revanche, ont estimé que la formation était trop longue, trop générale et trop théorique, et qu'elle ne leur apprenait rien de nouveau. Les CHW qui n'avaient aucune expérience préalable dans le travail de *sensibilisation* ont également indiqué qu'ils n'étaient pas suffisamment

préparés à cela lors de la formation. En outre, certains CHW ont indiqué que l'accent était trop placé sur l'assistance individuelle et la responsabilisation, alors que les obstacles n'étaient pas suffisamment encadrés dans les problèmes structurels des soins de santé, tels que la saturation des services de santé dans certains quartiers ou les obstacles juridiques rencontrés par les personnes sans résidence légale. À au moins un moment de la formation, la différence d'expérience, de connaissances et d'attentes a créé une tension entre les CHW ayant plus et moins d'expérience de travail antérieure. Les deux groupes ont indiqué qu'ils avaient appris le plus en étant présents sur le terrain.

We zitten echt met collega's, die een studieachtergrond hebben. En collega's die ervaring, kennis of een netwerk hebben. Dus twee soorten collega's. Tijdens de training merkten we echt dat dat een probleem was. Want collega's, ik onder anderen bijvoorbeeld, hebben de ervaring, kennis, hulpverlening achtergrond, gesprekstechnieken. Dat kennen we allemaal. We weten dat sociale kaart, hoe we dat kunnen raadplegen, enzovoort. Het was voor ons nuttiger geweest om inhoudelijk te werken. Dan collega's, die hebben nog wel handvaten nodig. Die hebben een andere manier van training nodig en daar ging het precies een beetje mis tijdens de eerste training. We merkten dat voor ons bepaalde zaken vanzelfsprekend zijn, maar voor anderen, nieuw. En aan sommige collega's hebben zich daar een beetje aan gestoord, waardoor ik de collega's die het wel nodig zouden hebben, het slachtoffer zijn geworden.

CHW, Région flamande

De plus, certains CHW ont indiqué que peu d'informations sur le projet et le rôle des CHW ont été fournies pendant la formation. De plus, aucun cadre déontologique clair n'a été fourni avec des lignes directrices sur, entre autres, la vie privée et le secret professionnel. Cela pourrait potentiellement poser problème aux CHW qui n'ont que peu ou pas d'expérience antérieure dans le secteur social. De plus, un manuel physique ou un syllabus manquait. Ainsi, un CHW a déclaré se souvenir très peu des formations en raison du manque d'un ouvrage de référence, tandis qu'un autre CHW a fait lui-même un manuel pour pouvoir mémoriser correctement le sujet de la formation.

Cependant, une partie des CHW n'a pas été recrutée au début du projet. Des entretiens avec les CHW et les coaches il ressort que la plupart des CHW qui ont été embauchés plus tard n'ont reçu qu'une formation limitée, voire aucune formation. Tel qu'indiqué précédemment, dans certains cas ils ont commencé avec un CHW plus expérimenté de la même équipe. Mais cela fait également peser une charge de travail supplémentaire sur les épaules de ces confrères CHW, qui se voient confier de facto la responsabilité d'informer et de former leurs nouveaux collègues, alors qu'eux-mêmes n'ont pas reçu la formation nécessaire.

Les coaches des différentes équipes ont reçu une formation très limitée au début de ce projet. Il est ressorti des discussions du groupe focus avec les coaches néerlandophones et francophones qu'une plus grande attention à la formation eut été utile, car le projet et le coaching des CHW représentent une quête pour eux aussi. Cependant, les coaches flamands ont régulièrement des moments de feedback individuels et collectifs avec les coordinateurs régionaux, qui leur apportent une assistance solide. De plus, ils reçoivent aussi occasionnellement des évaluations par les pairs et des formations

d'organisations externes spécialisées dans ce domaine. Les coaches des Régions wallonne et bruxelloise sont également soutenus par leurs coordinateurs régionaux. Comme pour les CHW, le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté organise également des interventions et des formations pour les coaches wallons. Pour finir, un moment d'intervention a été organisé fin septembre avec tous les coaches des régions. Cette initiative a été jugée très utile.

Recommandation

Lors des entretiens avec les CHW, des suggestions ont été faites pour une nouvelle formation de base. Tout d'abord, comme solution aux différences en termes de connaissances et d'expériences antérieures, il a été suggéré dans un certain nombre d'entretiens de travailler avec un programme de modules, obligatoires ou non selon les connaissances et l'expérience professionnelle préalables. De cette manière, la formation peut être mieux adaptée au niveau personnel et les CHW avec une expérience de travail et de vie différente peuvent toujours commencer sur une base plus égale. Deuxièmement, un CHW a suggéré d'axer la formation sur la constitution d'équipes, afin que les gens puissent apprendre à se connaître immédiatement pour créer une équipe qui fonctionne bien. La coopération entre CHW a un impact important sur leur travail et la satisfaction qu'ils en retirent. Troisièmement, plusieurs CHW ont proposé d'organiser des jeux de rôle avec des scénarios réalistes pendant la formation. Selon eux, cela pourrait être un bon moyen de se préparer concrètement au travail de *sensibilisation*, qui est un élément central de leur fonction. Cinquièmement, les CHW ont indiqué qu'il serait très utile de clarifier le rôle d'un CHW et de définir en quoi les CHW sont ou ne sont pas censés aider. Enfin, il est également apparu qu'un cadre déontologique étendu avec des lignes directrices éthiques claires serait une grande valeur ajoutée.

La première semaine il fallait peut-être approfondir un peu plus dans le métier, on nous a expliqué les objectifs mais peut-être faire des petits jeux de rôle par exemple, se mettre en situation pendant la formation. On ne l'a pas fait, on n'en a pas parlé mais cela aurait été bien de faire une situation comme ça les gens peuvent voir les erreurs que l'on peut faire, ce qu'il faut dire et ne pas dire. On est vraiment carré dans notre métier, ne pas dire n'importe quoi comme information. Si on donne une information qui n'est pas juste la personne en face ne va rien voir venir mais on a donné une fausse information. Je trouve que c'est très utile de faire des mises en situation. [...] Une citation dit "dis-moi et je vais oublier, montre-moi et peut-être je me rappellerai, fais-moi participer et je me souviendrai de tout". Si on fait un jeu de rôle, là j'ai fait une erreur, la prochaine fois il ne faut pas dire ça, je ne vais plus retomber dans la même erreur mais si on me dit juste, une fois que je serai en situation quelque chose va sortir.

CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Au cours des entretiens, les CHW ont également formulé un large éventail de propositions de formation complémentaire. Il a été indiqué qu'il serait opportun de répéter un certain nombre d'éléments de base, comme la méthodologie de *sensibilisation*, et de définir le reste du contenu en concertation avec les coaches, car ils ont une bonne vue d'ensemble des besoins de l'CHW à un moment donné. Par ailleurs, il a également été proposé dans le cadre de cette formation de prévoir un moment où les CHW des différentes équipes peuvent faire connaissance et échanger leurs

expériences afin d'apprendre les uns des autres. Cette pratique est déjà répandue chez les équipes wallonnes, qui organisent un moment d'intervision mensuel. Elle devrait néanmoins être étendue aux régions.

2.3.5 Encadrement local

En ce qui concerne l'ancrage local, nous discutons successivement de l'ancrage dans la communauté et du lien avec les soins de santé de première ligne.

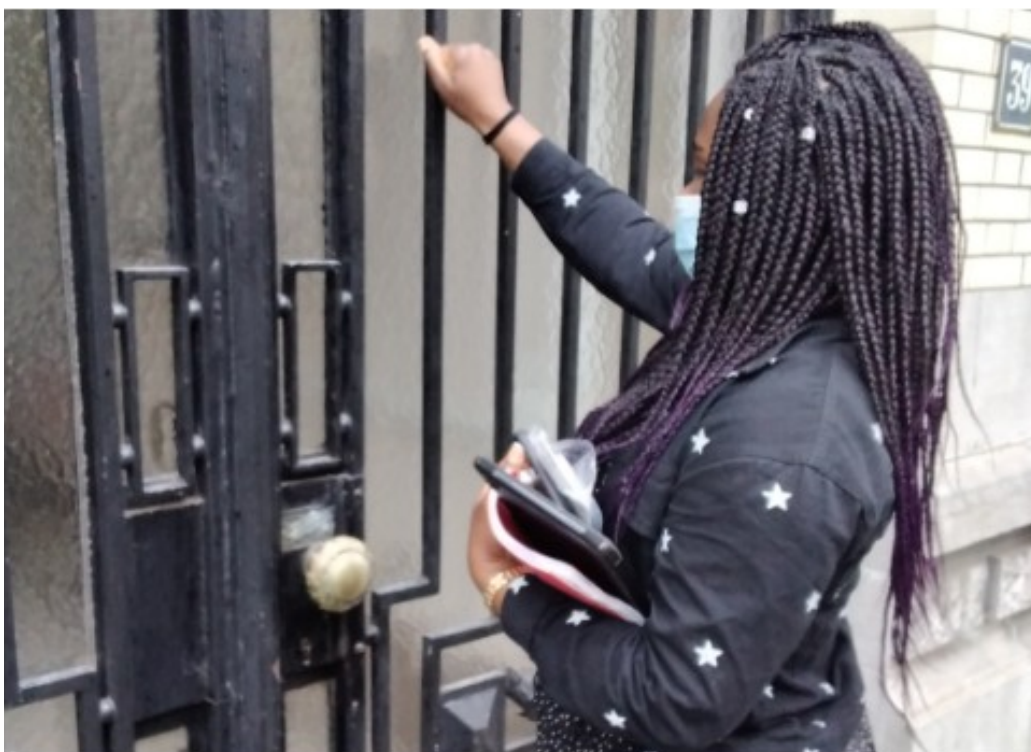
2.3.5.1 Intégration dans la communauté

Succès

Il ressort des échanges avec les CHW et les coaches que les CHW peuvent plus facilement entrer en contact avec le groupe cible dans les quartiers à forte cohésion et qui ont par exemple un coordinateur de quartier. De plus, les collaborations avec des organisations qui ont offert une bonne expérience aux personnes du groupe cible peuvent se refléter positivement sur le travail des CHW. Cela peut faciliter l'instauration d'une relation de confiance. Dans un quartier flamand, par exemple, grâce à un coordinateur de quartier actif et à un centre de quartier bien intégré et soutenu par la communauté locale, les CHW ont pu démarrer assez rapidement diverses collaborations avec un réseau d'organisations locales. Cela leur a permis d'atteindre un grand nombre de personnes du groupe cible dès le début du projet.

Défis

En revanche, l'intégration des CHW dans le quartier devient plus difficile lorsque la cohésion au sein du quartier est faible et lorsque les organisations sociales locales fonctionnent plutôt de manière autonome. Il existe par exemple un quartier bruxellois avec un tissu social faible et un nombre limité d'organisations sociales, ce qui entrave l'établissement de collaborations avec les CHW locaux, et par conséquent les CHW ont plus de mal à atteindre les personnes du groupe cible au lancement du projet.



Malheureusement, en tout cas sur [nom quartier] les associations n'étaient pas vraiment réceptives. On n'a pas reçu beaucoup de réponses des associations pour beaucoup de raisons. D'autres étaient assez méchantes parce qu'elles ne connaissaient pas du tout le projet.

Photo et citation : CHW, Bruxelles

Liées au travail de *sensibilisation*, les collaborations avec des organisations externes ne se déroulent pas toujours sans heurts. Par exemple, plusieurs CHW ont indiqué que l'interaction entre eux et les organisations locales est parfois trop unilatérale. En outre, les organisations peuvent également avoir des attentes irréalistes sans tenir compte de l'éventail effectif des tâches de l'CHW. Par exemple, il y a des CHW qui ont dû fournir leur contribution pendant un moment de vaccination COVID-19 en tant que stewards afin de garantir la vigilance requise, alors que leur objectif était de fournir une assistance tangible aux personnes vivant dans des conditions socialement vulnérables. Dans une situation également, une CHW était auparavant active en tant que bénévole dans une organisation partenaire, avec laquelle elle entretient également une étroite collaboration en tant qu'CHW. La frontière entre l'ancien rôle bénévole et le rôle actuel de la CHW n'était pas toujours claire, ni pour la CHW, ni pour l'organisation partenaire. De plus, les CHW ont indiqué dans les entretiens qu'il est important de continuer à se concentrer sur la publicité du projet CHW, car ils continuent de se heurter à certains obstacles en raison, entre autres, d'une connaissance insuffisante de leur mission et de leur rôle.

De plus, les collaborations avec certaines organisations peuvent aussi avoir un impact négatif sur l'image des CHW. Un CHW d'une équipe qui n'a pas son propre local reçoit les personnes dans des

locaux d'autres organisations. Elle dit craindre que les expériences négatives antérieures des personnes avec les organisations en question se reflètent dans le travail des CHW.

Recommandations

Sur la base des succès et défis ci-dessus, il importe d'abord d'examiner en profondeur la perception que le groupe cible a dans une organisation particulière. S'il apparaît que cette organisation évoque surtout une connotation négative, il convient peut-être de se montrer prudent concernant une éventuelle collaboration. Si, toutefois, il apparaît que le groupe cible est associé de manière très positive avec une organisation, on peut alors envisager plus activement une éventuelle coopération. Lors de la conclusion d'un partenariat, il est important également de veiller à conclure des accords clairs. À cet égard, la délimitation du rôle du CHW peut contribuer à créer des attentes claires entre le projet CHW et l'organisation partenaire.

2.3.5.2 Affiliation en cas de soins de santé de première ligne

Succès

Les collaborations avec les organisations locales de soins de première ligne partent souvent de l'initiative personnelle des CHW. Elles sont généralement assez spécifiques et dépendantes du contexte, ce qui se traduit par une grande diversité de partenariats locaux. Dans plusieurs quartiers de Belgique, des collaborations ont été établies avec des pharmaciens, qui incluent dans certains cas des gardes hebdomadaires des CHW dans le cabinet pharmaceutique. Par ailleurs, une équipe wallonne a également établi une collaboration avec un hôpital local. Cela a permis de constater que les personnes qui ne sont pas en règle avec leur affiliation à une mutualité se rendent parfois directement aux urgences car les frais n'y sont pas immédiatement facturés. Dans ce type de situation, la personne concernée peut être immédiatement prise en charge par un CHW pour souscrire son assurance en temps opportun. Les autres acteurs ayant entamé des collaborations sont les centres de santé communautaires et les psychologues locaux, ce qui permet aux CHW d'orienter facilement les personnes vers un psychologue ou d'obtenir des informations spécifiques auprès d'un médecin sur, par exemple, le COVID-19.



Symbolique pour la santé physique mais également comme point de repaire. Beaucoup de gens ne pensent pas avoir l'argent pour des spécialistes etc. et s'adressent d'abord à la pharmacie. La pharmacie est pour moi aussi un bon exemple pour le travail en commun avec les organisations sur le terrain.

Photo et citation : CHW, Région wallonne et Communauté germanophone

Défis

Cependant, cette grande diversité de collaborations ad hoc comporte aussi un revers et met en lumière un enjeu au sein du projet. Au cours des premiers mois, les CHW ont investi beaucoup de temps dans les travaux préparatoires et les contacts avec les organisations, soustrayant beaucoup de temps au travail de *sensibilisation*. Dans les entretiens, certains CHW et coaches ont indiqué que le manque de collaborations structurelles avec des acteurs plus importants du paysage de la santé au niveau régional et fédéral a retardé le démarrage du projet, et que cela a placé une charge de travail supplémentaire sur les épaules des CHW.

Le manque de collaborations formelles au niveau supra-local peut aussi, dans certains cas, compliquer le travail des CHW car les CHW ne sont pas encore bien connus et donc pas reconnus ou pris au sérieux par toutes les autorités. C'est le cas, par exemple, d'une personne sans titre de séjour valable qui souhaite se faire vacciner mais n'a pas osé prendre rendez-vous par téléphone avec le CPAS par méfiance envers l'organisation. Cependant, le CPAS lui-même n'a pas autorisé le CHW à prendre rendez-vous par téléphone et à visiter ensemble la personne en question.

Recommandations

Lors des entretiens avec certains CHW, ceux-ci ont suggéré d'instaurer des collaborations, en partant de la coordination fédérale et régionale du projet, avec de grandes organisations actives dans le paysage sanitaire belge ou régional, telles que des associations de médecins généralistes et des centres de santé communautaires, ou des organismes d'aide sociale, comme le CPAS. De cette manière, les portes des grandes organisations de soins pourraient s'ouvrir plus facilement pour les CHW, sans les obliger à mettre en place une coopération séparée au niveau local et individuel.

3. Réflexion sur l'étude qualitative

Afin d'interpréter correctement les résultats de la recherche, il importe de refléter également les limites de cette étude. Premièrement, il existe un possible biais dans la sélection des participants, à savoir les CHW et les personnes du groupe cible. Dans le premier groupe, un appel à participation à l'étude a été adressé aux coaches au début de la mise en œuvre sur le terrain. Les CHW pouvaient indiquer eux-mêmes s'ils étaient intéressés à participer. Cette auto-sélection peut conduire à un biais de sélection. De plus, il existe un risque de biais dans la sélection des personnes du groupe cible, parce que les CHW eux-mêmes ont d'abord invité des gens à participer à l'étude. Cependant, cette procédure était très importante pour s'assurer que les gens se sentent aussi le plus à l'aise possible pour participer à l'étude. Deuxièmement, le nombre d'entretiens avec des personnes du groupe cible étant limité, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Une enquête approfondie sur les divers obstacles auxquels les personnes vivant dans des circonstances socialement vulnérables sont

confrontées au fil du temps dépasse le cadre de cette recherche. Une recherche supplémentaire est donc nécessaire pour dresser une cartographie complète de l'interaction complexe des obstacles à travers le temps tout au long du continuum d'accès aux soins en collaboration avec des personnes vivant dans des circonstances socialement vulnérables. Troisièmement, la collecte de données s'est faite dans les premiers mois de la mise en œuvre du projet CHW sur le terrain en raison de la durée limitée de celui-ci. Les précieuses expériences que les CHW ont accumulées par la suite n'ont pas été saisies dans cette collecte de données. Pour combler partiellement cette limite, des séances de feedback ont été organisées au début de la deuxième année du projet avec les CHW participant à l'étude, afin d'évaluer si les résultats du travail de terrain étaient toujours pertinents pour leur pratique actuelle. Cependant, il se peut que certaines expériences acquises plus tard dans le projet aient été insuffisamment saisies et décrites en conséquence. Quatrièmement, les résultats qualitatifs ne permettent pas de se prononcer sur l'impact du travail des CHW, ainsi que sur leur portée. Au cours de cette première année du projet, qui peut être considérée comme une année pilote, il est très utile de faire une recherche qualitative approfondie pour se faire une première idée des personnes atteintes et de la manière dont elles l'ont été, ainsi du succès et des défis de la première année du projet. À l'avenir, il importe également de se concentrer davantage sur la collecte de données quantitatives afin de dresser une cartographie plus complète de la portée et de l'impact du travail des CHW. Une étude approfondie sur les *méthodes mixtes* est recommandée à cette fin, prévoyant également un *essai contrôlé randomisé* pour déterminer de manière objective la contribution nette (impact), combinant des recherches longitudinales à la fois quantitatives et qualitatives. Cinquièmement, un accent sur les facteurs contextuels plus larges influençant le projet CHW, tels que la dynamique communautaire, le contexte économique et politique et le système de santé, n'a pas été pris en compte dans ce projet de recherche. Des recherches supplémentaires sont justifiées pour considérer le projet CHW dans ce cadre contextuel plus large (Kok, Crigler et al. 2021), par exemple en demandant comment les services de santé et les prestataires de soins vivent le projet CHW. Des recherches plus approfondies sur la manière dont le projet CHW peut se connecter ou être intégré dans le système de santé sont fortement recommandées.

En plus de ces limites, il convient de relever quelques points forts de l'étude. Premièrement, différents participants - à savoir, des personnes vivant dans des conditions socialement vulnérables, les CHW et les entraîneurs - ont été interrogés dans les trois régions, ce qui a donné des résultats nuancés selon différentes perspectives. Deuxièmement, le processus de recherche de *photovoice* participative a assuré une collecte de données riche, car les CHW ont été interrogés à des moments différents. La recherche *Photovoice* offre une perspective davantage d'*initié* perspective et fournit un aperçu du travail des CHW à différents moments. Dans cette méthode de recherche, les CHW assument un rôle plus expert et sont aussi « *coproducteurs* » de la connaissance. Les documents de recherche montrent que les participants à l'enquête acquièrent également plus de confiance en soi et d'estime de soi avec cette méthode (Kolb 2008, Hergenrather, Rhodes et al. 2009, Pauwels 2015, Musoke, Ndejjo et al. 2016). L'attention portée sur l'expérience du CHW lui-même est considérée comme un élément important pour améliorer structurellement les programmes de CHW (Kok, Crigler et al. 2021). Troisièmement, cette étude qualitative se fonde également sur le travail de Lévesque et ses collègues (Levesque, Harris et al. 2013), en considérant l'accessibilité comme un continuum contrairement à de nombreuses études où l'accessibilité est considérée uniquement comme

« l'utilisation des soins »(Levesque, Harris et al. 2013, Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020)

Enfin, il importe de considérer notre position en tant que chercheurs. Les auteurs de ce rapport sont des chercheurs blancs très instruits, issus de la classe moyenne. Les participants ne nous connaissaient qu'en tant que chercheur. Dans ce contexte, on pourrait décrire notre rôle comme celui de « l'étranger », d'un outsider(Simmel 1950) L'avantage est que cela a permis de créer un endroit sûr où les participants peuvent partager leurs expériences. Cependant, cela peut aussi avoir des inconvénients, tels qu'une éventuelle interprétation différente de ce qui a été dit et voulu par les participants. L'interprétation des données et la rédaction des résultats peuvent être embellis par la perspective que nous avons depuis notre position sociale. Nous avons donc essayé de réduire au minimum les erreurs d'interprétation grâce à une analyse rigoureuse des données et à des séances de feedback sur les résultats avec les CHW participant à l'étude.

V. Discussion

Pour conclure cette partie relative à la recherche qualitative, nous revenons d'abord sur les trois questions de recherche à la lumière de la littérature scientifique récente. Nous réfléchissons ensuite à cette étude qualitative. Pour tirer des enseignements des autres programmes CHW dans le monde, nous plaçons le projet CHW belge dans le paysage mondial. Nous concluons ce rapport par un regard vers l'avenir.

1. Questions de recherche

1.1 Quel public cible le projet d'agent de santé communautaire a-t-il touché ?

La recherche qualitative montre qu'un groupe diversifié de personnes est atteint, qui vit au carrefour de différentes vulnérabilités, à savoir : avoir un faible niveau d'instruction ; vivre en situation de risque de pauvreté et de privation matérielle grave ; n'avoir aucune connaissance, ou une connaissance limitée, du néerlandais (Flandre) et du français (Bruxelles/Wallonie); avoir un âge avancé; être un nouvel arrivant; avoir un réseau social limité; être un nouveau venu; ne pas avoir de titre de séjour légal ou être demandeur d'une protection internationale ; avoir un handicap physique; avoir une maladie mentale; être sans-abri ou sans domicile fixe. L'idée d'une réflexion intersectionnelle est basée sur les travaux de Crenshaw (1989, 1991), qui a introduit le concept d'*intersectionnalité*. Ce concept affirme que les personnes se trouvent à la croisée de différentes vulnérabilités sociales qui peuvent se renforcer mutuellement et conduire à des formes complexes d'exclusion. Un article récent indique que la pandémie du COVID-19 a frappé le plus durement ceux qui vivent à la croisée de différentes vulnérabilités (Barron, Laryea-Adjei et al. 2021).

Les résultats qualitatifs montrent que les personnes vivant à la croisée de différentes vulnérabilités connaissent des besoins de soins complexes d'une part, et divers obstacles dans leur accès aux soins d'autre part. Les besoins de soins complexes ne sont pas toujours uniquement liés à une demande de soins de santé spécifique, mais ont souvent trait avant tout à la nécessité de répondre aux besoins de base, tels que le logement et la nourriture. Tel que décrit également dans la documentation, des conditions de vie précaires peuvent amplifier les problèmes de santé ordinaires dans ce groupe cible ou, à l'inverse, la condition précaire actuelle peut entraîner des problèmes de santé (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014) Cette exigence de besoins de base a été mise en évidence dans la région touchée par l'inondation, où les CHW étaient également présents pour apporter le soutien nécessaire. Plus précisément, les CHW ont soutenu les victimes dans les municipalités touchées en les orientant vers des prestataires de soins de santé, tels que des psychologues traumatologues, et en les aidant à satisfaire des besoins sociaux, tels l'obtention de nourriture ou de nouveaux meubles.

Les personnes touchées dépendent principalement du quartier et de l'approche de *sensibilisation* du CHW. Les résultats montrent qu'au cours de cette première année pilote, les CHW ont adopté une approche innovante pour développer diverses stratégies de *sensibilisation* et atteindre ainsi au mieux le groupe cible. Une première stratégie de *sensibilisation* appliquée par les CHW consiste à être présents dans l'espace public, par exemple en s'adressant aux gens d'un marché local au sujet de la vaccination contre le COVID-19. Une seconde stratégie de *sensibilisation* consiste à se concentrer spécifiquement sur les lieux où le groupe cible est souvent présent, comme le porte-à-porte des personnes vivant dans des blocs de logements sociaux ou la permanence dans les banques alimentaires. Une troisième stratégie comporte la collaboration étroite avec les organismes sociaux et les services de santé. Par exemple, en organisant des séances d'information dans un organisme

pour les nouveaux arrivants de langue étrangère ou en assurant une présence permanente au service des urgences d'un hôpital local. Une quatrième stratégie mise en œuvre par les CHW consiste à accompagner d'autres organisations. L'avantage est que ces organismes, présents depuis plus longtemps dans le quartier, ont connaissance mieux les personnes du quartier. De plus, ces organisations sont souvent plus connues et crédibles, ce qui signifie qu'elles peuvent jouer le rôle de gardiennes pour mettre les CHW en contact avec le groupe cible. Cependant, il est très important d'examiner la perception de ces organisations partenaires potentielles, car la littérature montre que les organisations ayant une mauvaise réputation dans le quartier peuvent avoir une influence négative sur le travail des CHW (LeBan, Kok et al. 2021). Enfin, les CHW se font également connaître et font mieux connaître leur travail grâce à la publicité en ligne, en étant par exemple présents sur les réseaux sociaux, ou via des cartes de visite et des flyers dans différentes langues. Ces stratégies de *sensibilisation* dépendent fortement de la ville et du quartier. Au cours de la deuxième année du projet, il peut être utile de partager les stratégies les plus réussies avec des collègues CHW d'autres villes, afin d'optimiser davantage l'approche de *sensibilisation* dans toutes les régions.

1.2 Comment les agents de santé communautaires soutiennent-ils les personnes dans leur accès aux soins de première ligne et aux soins liés au COVID-19 ?

La méthode *sensibilisation* des CHW est un atout important du projet car les CHW peuvent ainsi offrir un accompagnement accessible. Ils viennent ainsi compléter de manière unique l'offre de soins existante via leur travail de *sensibilisation* - lorsqu'il y a le temps de construire une relation de confiance - pour atteindre des groupes de personnes qui ne sont actuellement pas encore aidées, ou trop peu. En conséquence, les CHW apportent les services là où vivent les personnes du groupe cible. Par exemple, les CHW peuvent prendre le temps de visiter le groupe cible à domicile ou dans leur quartier, là où ces personnes se sentent plus à l'aise. La méthode de *sensibilisation* permet de supprimer l'obstacle qui empêche de faire le premier pas vers les soins de santé. Le projet CHW pourra ainsi répondre à la recommandation de Médecins du Monde dans le rapport « Relance for the Belgian health and care system after COVID-19? », dans lequel ils déclarent que « les soins de *sensibilisation* - à la recherche de personnes qui ne s'inscrivent pas aux soins - [devraient] être une composante standard des soins de première ligne, dans le cadre des soins de quartier inclusifs » (Dokters van de Wereld 2020).

Les personnes du groupe cible vivent souvent à la croisée de différentes vulnérabilités, tel que décrit précédemment. Les CHW instaurent souvent un lien en partant de l'une de ces vulnérabilités. Leur expérience de vie partagée, telle que l'origine migratoire, le statut socio-économique, le fait de vivre dans le même quartier ou de bien le connaître, garantit également qu'ils peuvent offrir une assistance capable de tenir compte de la culture spécifique. La littérature spécialisée confire cela, en affirmant que cela va au-delà de la barrière linguistique, car il s'agit aussi de comprendre les conditions sociales dans lesquelles vivent les gens (Javanparast, Windle et al. 2018) et les connaissances et attitudes locales vis-à-vis de la santé (Glenton, Javadi et al. 2021). Cette compréhension unique des expériences, de la langue, de la culture et des réalités socio-économiques des personnes qu'ils soutiennent contribue au succès des CHW (Damio, Ferraro et al. 2017). De plus, cette recherche qualitative montre qu'il est important que les CHW puissent prendre le temps de voir le besoin réel d'aide dans un contexte social plus ample, et qu'ils soient toujours disponibles pour une assistance - même en dehors des heures de travail régulières. Certaines personnes ont une demande d'aide spécifique à laquelle le

CHW peut apporter une réponse à court terme. D'autres doivent faire face à une combinaison de plusieurs obstacles pour se familiariser avec le système de santé. Pour ces demandes d'aide plus complexes, un suivi plus long par le CHW est souvent souhaitable.

1.3 Les Community health workers soutiennent les personnes le long du continuum d'accès aux soins

Cette étude qualitative s'appuie sur les travaux de Levesque et al. (2013). Ces auteurs distinguent différentes phases dans le parcours d'accès aux soins. Du reste, l'accès aux soins ne peut se limiter à un seul moment de contact avec le prestataire de soins, mais doit être considéré comme un continuum, allant du besoin de soins (reconnu ou non) au résultat des soins obtenus. Chaque étape du parcours de soins peut être compliquée par certains obstacles qui interrompent le continuum d'accès aux soins et empêchent les personnes d'obtenir les soins dont elles ont besoin. La cause de ces obstacles réside dans l'interaction entre les obstacles individuels pour le bénéficiaire des soins et les barrières pour le prestataire de soins et les services de santé.(Levesque, Harris et al. 2013) Dans cette étude qualitative, nous décrivons les expériences du groupe cible et du CHW plutôt que de maintenir la distinction analytique entre obstacles individuels et organisationnels.

1.3.1 Obstacles généraux tout au long du continuum d'accès aux soins

La recherche qualitative montre que les gens rencontrent des obstacles majeurs tout au long du continuum d'accès aux soins : confiance ; charge administrative et fracture numérique ; et barrière de la langue. Les résultats montrent en outre que les CHW tentent de s'attaquer à chacun de ces obstacles fondamentaux.

Confiance

La recherche qualitative montre que les personnes du groupe cible font souvent peu confiance aux soins et aux prestataires de soins, peut-être suite à une expérience négative antérieure. Cette méfiance forme un obstacle tout au long du continuum d'accès aux soins L'une des pierres angulaires les plus importantes du travail en tant que CHW consiste à établir la confiance en offrant une oreille attentive. Un article de synthèse récent indique que vu l'expérience commune des CHW avec leur public cible, ils disposent de compétences culturelles plus pertinentes pour apporter une assistance et instaurer la confiance. Cela rend plus probable qu'ils comprennent mieux les besoins et obstacles du public cible et qu'ils soient mieux acceptés par la communauté (Glenton, Javadi et al. 2021). Le renforcement de la confiance est une base importante à partir de laquelle le CHW peut commencer à affronter d'autres obstacles. Ce résultat est conforme à la littérature internationale. Indépendamment des divers rôles et tâches assumés par les CHW dans divers programmes à travers le monde, ils partagent souvent les fonctions sociales suivantes : établir la confiance, fournir un soutien social et émotionnel et fournir de l'aide lorsque quelqu'un en a besoin (Glenton, Javadi et al. 2021) Cependant, établir la confiance prend du temps l'équilibre est fragile. C'est pourquoi les CHW de l'étude *Photovoice* ont également fourni une assistance aux personnes ayant des questions de bien-être afin de ne pas nuire à cette confiance naissante. De plus, les résultats qualitatifs montrent qu'il est important que les CHW puissent agir de manière indépendante afin d'éviter de s'associer à des organisations ayant une réputation négative auprès du groupe cible. Après tout, cela nuit également à l'établissement de la confiance (LeBan, Kok et al. 2021).

Charge administrative et fracture numérique

Les résultats qualitatifs montrent que les personnes du groupe cible éprouvent des difficultés à identifier les droits dont elles peuvent se prévaloir – conformément à un récent rapport de Médecins du Monde (Burns, Graversen et al. 2021). De plus, les gens font face à une lourde charge administrative pour pouvoir bénéficier des soins de santé et pouvoir invoquer certains droits. Cela va dans le sens du Livre Blanc de l'INAMI et de Médecins du Monde, qui précisent qu'essayer d'accéder « *tout seul* au système de santé, avec ses procédures longues et contraignantes, [n'est] pas une tâche facile » (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014: p. 11). Les CHW veillent à ce qu'une personne vivant dans des circonstances vulnérables n'ait pas à le faire « toute seule ». Les résultats qualitatifs montrent qu'à pratiquement toutes les étapes du continuum d'accès aux soins, le CHW essaie d'apporter son aide aux tâches administratives. En outre, les CHW aident également les gens à surmonter la fracture numérique - qui s'est encore élargie en raison de la pandémie de COVID-19 (Barron, Laryea-Adjei et al. 2021). Ce faisant, ils peuvent aider à combler le fossé « toute seule entre ceux qui bougent vite et ceux qui risquent d'être laissés pour compte par la culture technologique [et] les compétences en santé » (Raeymaeckers 2022: p. 40). Concrètement, les CHW accompagnent les personnes confrontées à ces obstacles administratifs et numériques en fournissant par exemple un accompagnement pour les démarches d'inscription à une mutualité, le remboursement des frais médicaux, l'aide à la prise de rendez-vous en ligne, le report d'un rendez-vous pour vaccin COVID-19 ou l'obtention du certificat de vaccination COVID-19. Les résultats ont montré que même lorsqu'ils se réfèrent aux autorités compétentes, telles que les services sociaux des mutualités, ils commencent souvent par préparer cette visite avec la personne du groupe cible en parcourant les documents à l'avance. Les CHW ont indiqué que certaines personnes sont trop craintives ou méfiantes pour les transmettre sans conseils ni préparation. Par la suite, ils assureront également un suivi lorsque cela est possible ou vérifieront ensemble si une procédure se déroule bien.

Langue

L'absence de connaissance ou une connaissance limitée du néerlandais (en Flandre) ou du français (en Wallonie et à Bruxelles) constitue un obstacle de taille présent à chaque étape de l'accès aux soins. Cette barrière linguistique est également mise en avant comme un obstacle majeur à l'accès aux soins dans d'autres pays européens (Burns, Graversen et al. 2021). Le soutien linguistique peut s'avérer aussi important pour les personnes ayant le néerlandais ou le français comme langue maternelle que pour les personnes parlant d'autres langues. Le jargon ou la complexité du message communiqué par le prestataire de soins peuvent empêcher des personnes des deux groupes en situation de vulnérabilité sociale de traiter l'information. Dans ce cas, le CHW contribuera à transmettre le message entre le fournisseur de soins de santé et le patient. De plus, les CHW aideront les personnes dont le néerlandais ou le français n'est pas la langue maternelle à communiquer tout au long du trajet d'accès aux soins. Par exemple, lors de la formulation de la demande de soins, la communication d'un problème de santé entre un patient et un prestataire de soins ou la traduction d'informations communiquées au client par un prestataire de soins. S'ils parlent la langue concernée, certains CHW interviennent eux-mêmes en tant que traducteur. Ils tentent cependant aussi d'aider le membre du groupe-cible, même lorsqu'ils ne parlent pas la langue de cette personne. Pour ce faire, ils les mettent en contact avec un interprète ou utilisent une application de traduction, dessinent des symboles pour

transmettre le message ou expliquent les informations communiquées par le prestataire de soins à une personne issue du même contexte social que le patient.

Ces seuils communs s'inscrivent dans la lignée de la littérature existante au sujet des obstacles à l'accès aux soins. La littérature fait également référence à la barrière culturelle (Levesque, Harris et al. 2013, Chauvin, Simonnot et al. 2014, RIZIV and Dokters van de Wereld 2014, Benamar, Buzaku et al. 2015, Onyango, Schatz et al. 2017, R. W. Aldridge, K. Miller et al. 2017, Buffel and Nicaise 2018, Corscadden, Levesque et al. 2018, Devos, Cordon et al. 2019, Thys 2020). Ce seuil a été présenté comme un point d'attention dans certaines conversations avec les CHW. Un CHW a par exemple indiqué qu'un homme l'avait contacté pour lui indiquer qu'il ne voulait pas que sa femme consulte un gynécologue masculin. Dans ce cas, le CHW tentera de trouver un prestataire de soins adapté, qui répond aux besoins de la personne du groupe cible. De plus, les CHW contactés lors de cette étude ont signalé à plusieurs reprises que des personnes du groupe cible ne recevaient pas un traitement respectueux, ce qui peut être dû à un contexte culturel différent. Dans cette étude qualitative, certaines personnes du groupe cible ont également signalé avoir vécu des manifestations de racisme et de discrimination durant les soins de santé. Une autre étude consacrée spécifiquement à ce thème pourrait fournir un complément d'information important à ce sujet.

1.3.2 Obstacles étape par étape dans le continuum d'accès aux soins

Outre les obstacles généraux dans l'ensemble du continuum d'accès aux soins, il existe des seuils spécifiques que les personnes rencontrent à certaines étapes de ce continuum. Les résultats qualitatifs montrent que les CHW tentent d'aider les personnes appartenant à des groupes vulnérables durant l'ensemble du continuum d'accès aux soins tel que décrit par Levesque et ses collègues (2013). Une récente *étude de portée* sur les interventions d'orientation des patients dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, n'a révélé aucune intervention répondant à toutes les compétences individuelles tout au long du continuum d'accès aux soins (Louart, Bonnet et al. 2020). Les CHW de ce projet font les premiers pas dans cette direction. Puisque les CHW peuvent travailler sur mesure pour chaque personne et peuvent fournir un soutien et un suivi à long terme, ils sont également à même de contribuer à apporter une réponse aux divers obstacles rencontrés durant le continuum d'accès aux soins.

1. Perception de la santé et des soins

Les résultats qualitatifs montrent qu'un besoin sanitaire n'est pas toujours la première question posée pendant une conversation avec le CHW. Ainsi, les questions portent parfois d'abord sur des questions de bien-être, par exemple des problèmes de logement ou des problèmes liés à un permis de séjour légal. Lorsqu'elles sont confrontées à ces problèmes, certaines personnes du groupe cible peuvent reporter leurs soins de santé. Outre ce vécu différent des priorités, la quantité d'informations peut amener certains à avoir une mauvaise perception de leur besoin de soins ou à douter de l'utilité de se faire soigner. Les résultats qualitatifs montrent également que les personnes en situation de vulnérabilité sociale éprouvent parfois des difficultés à indiquer et formuler clairement leurs différents besoins et les obstacles qu'elles rencontrent.

Lorsqu'une base de confiance est établie, les CHW entament une discussion pour identifier les besoins de soins et les obstacles. Les résultats qualitatifs montrent que les CHW aident les personnes du

groupe cible à identifier et formuler leurs besoins de soins. Si une personne présente également des besoins de base, par exemple en matière de nourriture et de logement habitable, l'étude qualitative montre que dans certains cas, les CHW l'aideront d'abord à assouvir les besoins qui ne sont pas directement liés aux soins de santé tels que l'aide alimentaire ou le logement, afin de ne pas altérer le lien de confiance fragile. Cela ne fait cependant pas partie de la mission principale des CHW. Cette tension entre l'orientation d'un programme CHW et les besoins effectifs d'un groupe cible est également présente dans d'autres programmes CHW. Ce champ de tension s'observe principalement dans les programmes CHW où le rôle du CHW est uniquement centré sur la santé. La littérature montre qu'une inadéquation entre les besoins de la communauté et les services fournis par les CHW peut conduire à l'insatisfaction du groupe cible, ainsi qu'à des sentiments de frustration et d'impuissance chez les CHW (Glenton, Javadi et al. 2021). Les CHW contribuent également à fournir des informations correctes sur les soins de première ligne et les sujets liés au COVID-19. En plus de répondre aux questions, des séances d'information sont organisées pour des groupes, toujours en collaboration avec des organismes ou des médecins locaux. Ce volet du travail du CHW peut contribuer à répondre à la recommandation politique émise par Rondia et ses collègues dans un récent rapport du Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) sur les connaissances en matière de santé, appelant à « investir dans des initiatives locales ainsi que dans des initiatives ciblant les populations vulnérables », en veillant à « adapter le contenu et la forme de la communication aux différentes populations en tenant compte des niveaux culturels, éducatifs et socio-économiques » (Rondia, Adriaenssens et al. 2019: p. 61).

2. La recherche de soins

Les résultats qualitatifs montrent que les personnes du groupe cible ne savent pas toujours comment s'orienter dans l'offre de soins. Certaines personnes ne connaissent pas les services de soins et d'aide existants, tandis que d'autres en connaissent l'existence, mais ne savent pas où ni comment les contacter. Cette situation peut résulter à la fois d'une offre de services trop limitée ou excédentaire. Cette étude qualitative montre que ce seuil est principalement ressenti par les nouveaux arrivants qui parlent une langue différente et n'ont pas encore une bonne connaissance du système de santé, ainsi que par les personnes âgées socialement isolées. Certains éprouvent également des difficultés à prendre rendez-vous, que ce soit par voie numérique ou par téléphone, car ils doivent rester longtemps en ligne en raison de la saturation des services.

Le CHW peut être d'une grande aide pour les personnes du groupe cible devant naviguer avec succès dans l'offre fragmentée de soins de santé et de bien-être. Pour ce faire, ils fournissent des informations sur les différents établissements de soins et acteurs du système de santé et ils aident les personnes à trouver les services adéquats. Les CHW peuvent contribuer à rendre les services de santé existants plus visibles (Onyango, Schatz et al. 2017). Dans ce contexte, certains CHW veillent tout particulièrement à vérifier si un prestataire de soins concerné n'a pas de liste d'attente, afin d'assurer des soins en temps voulu. Si nécessaire, les CHW orientent également les demandeurs vers des services d'aide sociale ou d'autres organisations pouvant apporter leur aide sur les questions excédant le simple besoin de soins de santé. La pénurie d'offre de soins de santé dans les quartiers socio-économiquement vulnérables, où les CHW sont actifs, entrave toutefois le travail de ces derniers. Ils se heurtent également à la saturation des centres de santé de quartier, avec l'arrêt de l'acceptation

de nouveaux patients ou une liste d'attente, et une pénurie de psychologues, de médecins généralistes et de dentistes dans la région.

3. Atteindre les soins

Les difficultés à se déplacer physiquement vers les services de santé constituent littéralement un obstacle aux soins de santé. Cet obstacle est principalement rencontré par les personnes à mobilité réduite et les personnes qui n'habitent pas au centre d'une commune ou d'une ville. Les difficultés liées à la mobilité vont de pair avec l'accessibilité géographique des services de soins. Cette dernière peut également constituer un obstacle en raison, par exemple, de l'éloignement ou de la difficulté d'accès du fait des activités.

Le CHW tentera de trouver une solution adéquate, adaptée à chaque personne pour laquelle la mobilité est un frein aux soins. Pour ce faire, ils peuvent faire appel à un service de taxis sociaux, bien que ceux-ci soient surchargés. Le CHW étudie également les possibilités de prendre les transports publics. Si cela constitue également un obstacle financier, le CHW examinera l'offre de tarifs sociaux. Dans des situations exceptionnelles, le CHW conduit lui-même la personne chez le prestataire de soins avec son véhicule ou il prend en charge les frais de transport en commun.

4. Utilisation des soins de santé

L'étude qualitative a révélé l'existence d'importants obstacles financiers, tant lors des consultations chez le médecin que pour l'achat de médicaments, en particulier pour les personnes sans titre de séjour valide. Il est important de noter que dans certains cas, des personnes ayant droit à un remboursement ne le savent pas.

Dans certaines situations, les CHW aident les personnes du groupe cible en les accompagnants lors d'une visite à des services de santé. Selon le ou les obstacles rencontrés, cet accompagnement peut avoir plusieurs motifs : Aide à la communication quand la langue est une barrière ; aide physique en cas de mobilité réduite ou assistance quand la confiance dans la prestation de soins est limitée. Tant les entretiens avec le groupe cible qu'avec les CHW ont montré que les services impliqués sont plus accessibles et utiles lorsque le CHW est également présent. En plus de l'accompagnement physique, les CHW aident également à surmonter les obstacles financiers à l'utilisation des soins. En aidant par exemple à obtenir un remboursement. Dans certaines situations exceptionnelles, les CHW avancent aussi des frais médicaux urgents.

5. Résultat de l'utilisation des soins de santé

Un CHW ne se contente pas d'aider la personne à préciser ses besoins de soins de santé pendant une consultation, il le fait également par la suite. Par exemple, le CHW aidera aussi la personne du groupe cible à comprendre les résultats et les conseils donnés par le prestataire de soins. Les CHW contactent presque toujours la personne après un rendez-vous pour savoir comment s'est passé sa consultation, pour voir ensemble si le CHW peut encore l'aider, par exemple en prenant un rendez-vous chez un spécialiste.

De plus, l'étude qualitative montre que certaines personnes éprouvent d'autres besoins de soins spécifiques, par exemple une assistance supplémentaire du fait d'un handicap physique ou de troubles

psychiatriques, qui sortent du cadre du travail des CHW. Dans ces situations, quand c'est possible, les CHW tentent d'orienter les personnes vers des services de soins de santé spécialisés. Les personnes sans permis de séjour légal connaissent plus spécifiquement un seuil juridique supplémentaire. Les CHW reçoivent fréquemment des demandes de soins par des personnes sans séjour légal. Ils se heurtent alors à des limitations légales et ne peuvent fournir qu'une aide limitée.

1.4 Quels succès et défis se sont présentés dans le projet d'agent de santé communautaire (Community Health Worker - CHW) ? Et comment pouvons-nous les améliorer à l'avenir ?

Lorsque nous examinons les succès, les défis et les améliorations pour l'avenir, nous nous concentrons sur les thèmes décrits dans le cadre structurel et la mise en œuvre au chapitre III de ce rapport: structure de gouvernance; gestion du personnel (contenu du rôle, embauche, rémunération et autres avantages, supervision et équipe); matériel de support; éducation et encadrement local.

Après les différents moments de collecte de données, des retours ont également été donnés au comité de pilotage sur des points qui pourraient être améliorés à court terme, durant la première année du projet. Le projet CHW a par exemple été adapté aux nouvelles connaissances au cours de cette première année, ce qui s'inscrit dans la lignée des directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) stipulant que les programmes CHW doivent être adaptés au fil du temps dans un processus dynamique basé sur des résultats spécifiques (World Health Organization 2018, Afzal, Pariyo et al. 2021).

1.4.1 Structure de gouvernance

Succès

Alors que les différentes mutualités n'avaient aucune expérience préalable des projets CHW, grâce à leur réseau étendu, tant fédéral que régional et local dans les quartiers, il a été possible d'agir rapidement pour lancer le projet et recruter des CHW. La taille des différentes mutualités a également permis de déployer rapidement des hommes et des ressources pour ériger les fondations du projet. Le fait que les CHW travaillent pour le même employeur, qui regroupe toutes les mutualités, apporte une valeur ajoutée.

Défis

La communication entre les CHW et les services de soutien tels que les RH et l'informatique est source de défis. À l'instar des programmes CHW étrangers, la gouvernance du projet CHW belge est complexe (Lewin, Lehmann et al. 2021). L'introduction d'un nouveau cadre, par exemple les CHW, est une tâche complexe nécessitant une planification, une coordination et une collaboration approfondies, car ils se situent à l'intersection d'un système de santé et de la communauté (Afzal, Pariyo et al. 2021). En raison de la grande diversité locale dans le fonctionnement du projet CHW, il n'est pas toujours facile de maintenir une bonne vue d'ensemble au niveau fédéral.

Recommandations

Malgré la répartition géographique et l'orientation locale, le caractère fédéral du projet peut également être utilisé comme une force par l'apprentissage accru les uns au contact des autres, tant en ce qui concerne les succès que les défis. Il convient en outre de prévoir une ligne directe bilingue

pour les CHW, avec un soutien RH et informatique. Il est important d'impliquer aussi, systématiquement et directement, des CHW dans le développement ultérieur du cadre de soutien (Rodela, Wiggins et al. 2021). Cela peut également contribuer à une meilleure compréhension entre les CHW et les porteurs de projet.

1.4.2 Gestion du personnel

1.4.2.1 Contenu du rôle

Succès

L'étude qualitative montre que l'approche de *la main tendue*, ainsi que la possibilité de prendre du temps pour les personnes qu'ils accompagnent, apporte une contribution majeure à leur travail. Elles complètent en outre avantageusement l'offre de services existante, de sorte que les CHW touchent des personnes qui passeraient sans cela au travers des mailles du filet de soins. Les CHW affirment que les qualités suivantes sont importantes pour mener cette approche de *la main tendue* : l'autonomie, la flexibilité, l'empathie, de bonnes capacités de communication, l'honnêteté et la fiabilité. Des qualités qui sont également soulignées dans la littérature scientifique internationale comme étant importantes pour un CHW (Schleiff, Aitken et al. 2021). La plupart des CHW affirment que cette fonction leur donne un sens pour aider les gens de manière significative et tangible.

Défis

Une ambiguïté de rôle régnait chez presque tous les CHW interrogés. Les CHW ont indiqué qu'ils ne savaient pas très clairement en quoi leur rôle consistait. Par exemple, il existait plusieurs points de vue sur le fait de devoir orienter les personnes ou les accompagner personnellement. Il existe en outre des points de vue divergents sur la délimitation substantielle du travail, par exemple si la prise en charge des questions liées au bien-être fait ou non partie de l'éventail des tâches. Bien que les CHW soient très motivés, certains quittent le projet, entre autres à cause du manque de clarté du rôle. Les CHW constatent que certaines personnes du groupe cible ont des attentes irréalistes parce qu'elles ne connaissent pas suffisamment le rôle du CHW et ses limites. Les CHW ont également indiqué qu'ils sont parfois aussi incapables d'aider une personne, en partie à cause des limites de leurs propres connaissances ou de l'existence d'obstacles complexes. L'approche de *la main tendue* génère par ailleurs certains défis, par exemple les visites à domicile seul en tant que CHW.

Recommandation

L'étude qualitative montre qu'un encadrement concret est nécessaire, qui indique clairement aux CHW pour quels problèmes ils peuvent offrir un soutien et jusqu'où ils peuvent aller. Des attentes imprécises et des rôles mal définis sont souvent cités comme étant l'une des principales causes des programmes CHW sous-optimaux et de la démotivation des CHW (Crigler, Hill et al. 2013, Colvin, Hodgins et al. 2021). De plus, cette définition claire des rôles est importante pour pouvoir communiquer clairement vers le groupe cible le fait que les CHW peuvent offrir un soutien ou non, afin qu'ils aient des attentes réalistes (Crigler, Hill et al. 2013). La littérature montre que cette clarification du rôle peut également contribuer à une meilleure intégration au sein de la communauté et à une adhésion aux soins de santé de première ligne (LeBan, Kok et al. 2021). Il est important de noter que des mesures ont déjà été prises tout au long de la première année du projet pour clarifier les rôles au sein des équipes de CHW sur une base ad hoc. Tout au long de la mise en œuvre, de nouvelles idées ont été appliquées autant que possible, si bien que les activités des CHW ont évolué

durant la première année du projet et leur rôle a été affiné. La littérature académique montre que la flexibilité dans les tâches des CHW peut réduire l'incidence de leur travail, mais aussi les aider à rester plus longtemps au travail (Kok, Dieleman et al. 2015). Dans la perspective de la deuxième année du projet, il est important de continuer à faire des efforts pour clarifier le rôle des CHW, en concertation avec les CHW. Dans ce contexte, il convient également de veiller à développer une méthodologie uniforme de collecte et de suivi des signaux concernant les inégalités et les problèmes d'accessibilité structurels au sein des soins de santé.

Il faudra à l'avenir s'impliquer encore plus largement dans des interventions *fondées sur des preuves* pour concrétiser l'approche de *la main tendue* du CHW (Hodgins, Kok et al. 2021). Il est important en cela d'adapter ces interventions *fondées sur des preuves* au contexte local, (Hodgins, Kok et al. 2021) en concertation avec les CHW et le groupe cible lui-même. De plus, il est important que les CHW puissent tirer les leçons des bonnes pratiques des différentes équipes de CHW du projet belge.

1.4.2.2 Engagement

Succès

Il n'était pas nécessaire de posséder un diplôme au moment de la candidature. Néanmoins, il était frappant de constater que plusieurs personnes plus qualifiées ont postulé, certaines avec un diplôme obtenu à l'étranger. Les compétences sociales ainsi que l'expérience de vie et/ou professionnelle d'un candidat ont plus largement été examinées. Ces critères de sélection s'inscrivent dans la lignée des recommandations de la littérature (Brooks, Davis et al. 2014, World Health Organization 2018, Peretz, Islam et al. 2020). Une diversité dans les origines culturelles a été recherchée lors de la constitution des équipes, dans le but de toucher un public plus diversifié. Les connaissances et l'intégration d'une personne dans un quartier existant ont également été sondées. L'étude qualitative montre que les CHW bien intégrés dans un quartier dès le début pouvaient toucher plus facilement les personnes du groupe cible.

Défis

Les coaches ont indiqué que le profil recherché pour le poste de CHW était difficile, puisqu'aucune expérience professionnelle ou de formation préalable n'était requise, mais que des compétences diverses étaient attendues pour pouvoir effectuer le travail en tant que CHW. De plus, une expérience partagée entre le CHW et le groupe cible génère des défis, en plus des avantages.

Recommandations

Il est important qu'une attention suffisante soit accordée à des formations complémentaires au profit de tous les CHW dans les différentes régions, afin d'affiner davantage les aptitudes de base et les compétences clés (Schleiff, Aitken et al. 2021). En outre, il est également utile de se concentrer sur la facilitation du soutien psychologique des CHW dans l'exercice de leur fonction, car non seulement ils doivent parfois eux-mêmes faire face à des expériences de vie difficiles, mais ils soutiennent aussi des personnes vivant dans des circonstances difficiles.

1.4.2.3 Salaire et autres avantages

Succès

Les rémunérations varient considérablement d'un programme CHW à l'autre dans le monde. Bien que de nombreux CHW soient bénévoles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, certains programmes CHW ont bénéficié d'un financement de donateurs extérieurs ou du gouvernement (Colvin, Hodgins et al. 2021). Les incitants financiers et non financiers sont importants pour la réussite des programmes CHW (Crigler, Hill et al. 2013). Dans le projet CHW belge, les CHW perçoivent un salaire comparable à celui d'un employé administratif ou d'un gestionnaire de dossiers dans l'une des mutualités de ce projet. Cette reconnaissance financière peut également être considérée comme un signal social important quant à la signification et à la valeur des CHW dans notre système de santé.

Défis

Certains CHW, principalement ceux qui ont une expérience professionnelle préalable et qui sont plus qualifiés, indiquent qu'ils ne considèrent pas les salaires proportionnels aux exigences de l'approche de *la main tendue*, qui nécessite notamment une grande flexibilité et qui peut être émotionnellement épuisante.

Recommandations

Une trajectoire prédéterminée dans laquelle les CHW possédant certaines qualités ou compétences peuvent évoluer vers des postes où ils peuvent utiliser pleinement leurs capacités est, aux dires de la littérature académique, importante pour motiver les CHW et les conserver au sein du programme (Crigler, Hill et al. 2013, Schleiff, Aitken et al. 2021).

1.4.2.4 Encadrement et équipe

Succès

Chaque équipe CHW dispose d'un coach qui, en plus d'un rôle d'accompagnateur, remplit des tâches administratives importantes. Alors que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, de nombreux superviseurs CHW sont des travailleurs de la santé, ou des membres de la communauté, les coaches CHW belges sont plus en phase avec la tendance plus récente des « *superviseurs dédiés* », qui assument spécifiquement le rôle de coach (Westgate, Musoke et al. 2021). Il convient toutefois de noter que certains d'entre eux sont coaches à temps partiel. Les résultats qualitatifs montrent que cette assistance et ce suivi individuels est une plus-value importante au sein du projet CHW. L'équipe wallonne ajoute également à ces moments d'intervision par équipe un moment de suivi mensuel avec tous les CHW – organisé en collaboration avec RWLP. Cette expérience est également perçue comme très positive.

Certains CHW préfèrent travailler en binôme, car cela favorise la sécurité lors du travail de *sensibilisation* ou le multilinguisme du duo peut toucher un groupe de personnes plus large. D'autres préfèrent travailler seuls pour favoriser le renforcement de la confiance.

Défis

L'affinité limitée des coaches et coordonnateurs de projets sur le terrain a été ressentie par les CHW comme négative dans la clarification de leur fonction, mais aussi en termes de reconnaissance et de motivation. Il convient toutefois de noter qu'ils effectuent de nombreuses tâches administratives,

qu'ils ne sont parfois actifs qu'à temps partiel au sein du projet et ont peu de place, dans ce temps limité, pour être présents ensemble sur le terrain. De plus, les coaches n'ont pas reçu de formation spécifique pour se préparer à ces tâches. Le soutien inadéquat des coaches n'est pas seulement un défi pour le projet CHW belge, il l'est tout autant pour les programmes CHW étrangers (Westgate, Musoke et al. 2021). Par exemple, il est important de leur fournir un soutien suffisant à travers une description claire de leur rôle de coach, avec du matériel de soutien, un salaire approprié et une formation de base et complémentaire pour mieux remplir leur rôle de superviseur (Schleiff, Aitken et al. 2021, Westgate, Musoke et al. 2021). Les tensions entre les CHW et les coaches peuvent également générer du stress, par exemple parce que les CHW ont le sentiment de susciter la méfiance ou de ne pas être soutenus dans leurs initiatives personnelles. Dans certaines équipes, ces problèmes ont été surmontés en demandant officiellement aux CHW d'assumer des tâches de soutien supplémentaires. Deux CHW se sont vu attribuer le double rôle de CHW et de coach, ce qui a été perçu comme positif par les collègues, mais a été perçu par l'un des deux comme difficile à combiner.

Recommandations

Il est recommandé d'accroître la présence des coaches et des gestionnaires de projet sur le terrain pour mieux appréhender le travail quotidien des CHW et les enjeux associés. De plus, il est important de fournir une formation aux coaches pour qu'ils poursuivent leur développement et se soutiennent dans leur rôle. Pendant la deuxième année du projet, il est important d'évaluer plus en détail le double rôle de CHW et de coach et de l'adapter à ces visions.

1.4.3 Matériels de support

Succès

En plus d'utiliser les matériels existants, au cours de cette première année du projet, les CHW ont développé eux-mêmes de nombreux matériels de soutien. La grande diversité de profils au sein de l'équipe CHW et les divers contextes dans lesquels ils travaillent ont conduit au développement de matériels de support innovants susceptibles de soutenir leur travail de sensibilisation.

Défis

Le téléphone et la tablette ordinaires que les CHW ont reçus au début du projet CHW se sont avérés insuffisants pour les soutenir correctement dans leur travail quotidien. A la fin de la première année du projet, à la demande des CHW, une transition a été opérée vers les smartphones et les tablettes, ce qui facilite leur fonctionnement et favorise l'équilibre entre travail et vie privée. L'application utilisée pour enregistrer le travail des CHW ne fonctionnait pas de manière optimale. De plus, il manquait d'un manuel sur mesure, ainsi qu'une formation approfondie sur cet outil d'enregistrement. Chaque équipe a commencé à saisir les données dans l'application d'une manière différente, ce qui rend difficile la comparaison des données entre les équipes.

L'absence de local pour chaque équipe, situé dans le quartier où elle travaille, est vécu comme une difficulté de taille. Non seulement parce qu'elle n'a pas d'endroit sûr où elle peut rencontrer des personnes du groupe cible, mais aussi parce qu'elle n'a pas de place pour se réunir en équipe, déjeuner ou utiliser les toilettes.

Recommandations

Les matériels de support sont importants pour que les CHW fassent correctement leur travail (Crigler, Hill et al. 2013). Au cours de la deuxième année du projet, des efforts doivent être consentis pour cartographier de façon détaillée tous les matériels développés en interne par les CHW et mettre les meilleures pratiques à disposition dans les autres langues nationales pour tous les CHW du projet. Il est également important d'affiner ces matériels développés et de développer de nouveaux matériels en consultation avec le groupe cible. Il est important d'expliquer ce nouvel ensemble de matériels, ainsi que les questions existantes, lors d'une formation, comme cela a également été conseillé dans un article de synthèse récent (Schleiff, Aitken et al. 2021). De plus, les coaches comme les CHW indiquent qu'un local permanent pour chaque équipe dans le quartier où ils sont actifs, ainsi que l'accès à une imprimante et à des toilettes, sont un point d'attention important dans la perspective d'une deuxième année de projet. Des vêtements identifiables avec le logo du projet CHW sont également importants pour que les CHW puissent s'identifier pendant le travail de sensibilisation. De plus, une table et un chapiteau, ainsi que des vélos pour se déplacer, pourraient apporter une aide précieuse. Les CHW encourrent également de petits coûts. Certains CHW ont suggéré qu'une petite somme forfaitaire pour couvrir ces coûts pourrait apporter une solution à ce problème. Enfin, il est important que l'outil d'enregistrement des données qui est entré en développement à la fin de la première année du projet puisse être testé par les CHW. Une formation approfondie et un manuel clair sont par ailleurs importants pour s'assurer que tous les CHW enregistrent les données de la même façon. Ces données permettent également aux coaches de suivre de près le travail de leurs CHW.

1.4.4 Formation

Les formations reçues par les CHW variaient considérablement d'une région à l'autre. Nous décrivons ci-dessous quelques grandes lignes qui ont pu être notées dans l'étude qualitative à travers les régions.

Succès

Les CHW ont indiqué que la formation dispensée par des experts par le vécu était très précieuse. Ils ont également pensé que l'échange de diverses expériences professionnelles antérieures, par exemple un travail de proximité ou social, était d'une grande valeur ajoutée. Les CHW inexpérimentés recrutés ultérieurement ont eu la possibilité d'accompagner des collègues expérimentés pendant les journées de formation. La possibilité de nouvelles formations à la demande des CHW a également été accueillie positivement.

Défis

Les CHW disposant d'une expérience professionnelle préalable ou non dans le secteur social ont perçu la formation différemment en termes de difficulté et de pertinence. Les CHW ont indiqué que peu d'informations sur le projet et le rôle des CHW ont été communiquées pendant la formation et qu'aucune attention n'a été accordée au cadre déontologique plus vaste dans lequel ils travaillent ou à l'approche de *la main tendue*. L'absence de manuel ou de syllabus a été perçue comme un inconvénient. Les CHW qui ont commencé plus tard, n'ont pas toujours reçu la formation de base complète. Les coaches ont, eux aussi, reçu une formation initiale très limitée.

Recommandations

L'offre de formations ne doit pas être considérée comme une activité ponctuelle dès le départ, mais comme une nécessité permanente (Perry, Chowdhury et al. 2021). Il est important d'investir en permanence dans de nouvelles opportunités de formation pour les CHW (Crigler, Hill et al. 2013), où certaines choses sont répétées, et de nouvelles formations sont dispensées, par exemple une attention accrue à la méthode de la sensibilisation, la clarification du rôle des CHW, le cadre déontologique et l'attention aux problèmes structurels rencontrés par les personnes du groupe cible. Une formation contenant des modules obligatoires ou non selon les connaissances et l'expérience préalables est recommandée. Durant ces modules, l'accent devrait par ailleurs davantage être mis sur les jeux de rôle pour appliquer le contenu appris. Organiser des formations entre les équipes semble très précieux pour les CHW afin de tirer des leçons de l'expérience des autres. Il est également important de porter une attention constante aux nouvelles formations en fonction des besoins des CHW à ce moment. Une formation des coaches sur des thèmes spécifiques tels que le management et la communication d'équipe, pourrait également constituer une valeur ajoutée importante.

Dans le cas des CHW débutant dans le projet, il est important de veiller à ce qu'ils bénéficient tous également d'une formation de base, clarifiant le rôle du CHW et qu'ils reçoivent les compétences et les connaissances de base nécessaires pour effectuer leur travail, comme également recommandé dans la littérature (Crigler, Hill et al. 2013). Pour ce faire, il est important de fournir un manuel ou un syllabus. En plus de cette formation de base, il est important de permettre aux CHW d'accompagner des CHW expérimentés pendant quelques jours ouvrables, en guise de formation pratique. Ceci en veillant à ne pas surcharger les CHW expérimentés par cette mission supplémentaire.

1.4.5 Encadrement local

Nous abordons ici les succès, les défis et recommandations liés à l'encadrement local dans la communauté et à l'adhésion aux soins de santé de première ligne dès la première année du projet. Nous renvoyons le lecteur à une réflexion plus approfondie sur le rôle important et unique, mais complexe, des CHW entre la communauté et les soins de santé au chapitre 2.2.3 de cette discussion.

1.4.5.1 Ancrage dans la communauté

Succès

Lorsque le travail de quartier et la cohésion sociale étaient déjà efficaces, il était plus facile pour le CHW de se connecter avec la communauté et de mettre ses activités en place plus rapidement que dans les quartiers où ce n'était pas le cas. Les CHW estimaient que les collaborations avec des organisations jouissant de la confiance du groupe cible étaient très importantes pour un bon ancrage dans la communauté locale.

Défis

En revanche, l'intégration des CHW est plus difficile dans les quartiers dont le réseau d'organisations sociales est moins développé. La coopération avec d'autres organisations ne se déroule par ailleurs pas toujours sans heurts, par exemple en raison d'attentes différentes. Il convient également de noter qu'aucune collaboration n'a lieu avec des organisations ayant une connotation négative pour le groupe cible, comme décrit également dans la littérature (LeBan, Kok et al. 2021).

Recommandations

Il est important de mener une analyse approfondie du quartier, qui prête attention à la perception du groupe cible d'éventuelles organisations partenaires potentielles (LeBan, Kok et al. 2021). Il est en outre essentiel de conclure de bons accords sur le rôle du CHW dans la collaboration avec l'organisation concernée. La clarification du rôle du CHW peut être utile en la matière (Kok, Dieleman et al. 2015, Colvin, Hodgins et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021). Il est en outre important de continuer à mettre l'accent sur la diffusion du projet CHW auprès des organisations locales et supra-locales afin de conclure des partenariats. Il est important de rechercher d'autres liens avec des projets axés sur un groupe cible similaire afin de renforcer mutuellement leurs activités.

1.4.5.2 Adhésion aux soins de santé

Succès

Lors de l'intégration sur le terrain, le projet a été porté à la connaissance des partenaires identifiés sur la base de l'analyse du quartier. Les collaborations avec les services de santé sont principalement nées de l'initiative individuelle d'un CHW et/ou d'un coach ou en réponse à une demande ou un besoin d'une personne du groupe cible. Une collaboration a par exemple été mise en place entre un CHW et des centres de santé de quartier en Flandre ; entre des CHW et un service d'urgence en Wallonie ; et entre des pharmaciens et un CHW à Bruxelles.

Défis

La collaboration avec les organisations de soins de première ligne peut être très précieuse, mais elle n'est pas encore développée de manière structurelle. Le manque de publicité et de collaboration avec les services de soins de santé et les prestataires de soins de santé au niveau (supra) local peut parfois aussi compliquer le travail des CHW, car ces derniers ne sont pas encore très connus et donc pas reconnus ou pris au sérieux par toutes les instances sanitaires et d'aide sociale.

Recommandations

Il est important d'encourager à l'avenir des collaborations efficaces avec les différents partenaires de première ligne au niveau local. A cet égard, la littérature académique souligne l'importance d'informer les acteurs du système de santé du rôle des CHW, afin qu'ils le comprennent mieux et qu'ils puissent collaborer avec succès (Perry, Chowdhury et al. 2021). Il est également important d'étudier de manière structurelle la façon dont les CHW peuvent se connecter aux soins de santé de première ligne afin d'optimiser leur travail.

2. Tirer des enseignements des programmes de CHWs dans le monde entier

Nous plaçons le projet CHW belge dans l'histoire et le contexte plus vaste des CHW dans le monde. En effet, il est important de tirer des enseignements des expériences des programmes CHW au fil du temps et dans d'autres pays. Nous terminons par un regard vers l'avenir.

2.1 Historique des programmes de CHWs jusqu'à ce jour

Les CHW ont une longue histoire. Le projet CHW en Belgique débute pendant une phase importante de cette histoire, qui a connu une évolution majeure au cours des dernières décennies. Tout a commencé avec les « médecins aux pieds nus » dans la Chine rurale (Perry, Zulliger et al. 2014, World Health Organization 2016). L'année 1978 marque une nouvelle étape importante dans l'histoire des

CHW, avec la « Déclaration d'Alma-Ata » qui souligne l'importance des soins de première ligne et de la santé pour tous, tout en mettant en évidence les CHW comme premier contact important des personnes et des familles avec le système de santé national (World Health Organization 1978, Schneider, Hlophe et al. 2008, Perry 2013). Cependant, dans les années qui ont suivi Alma-Ata, les programmes CHW ont été considérés comme une panacée pour un système de santé fragile, sans tenir compte des leçons précédentes. Ces programmes n'ont par conséquent pas été suffisamment soutenus et nous avons assisté à une diminution importante du nombre de CHW (Perry and Hodgins 2021). L'intérêt et l'enthousiasme pour les programmes CHW ont fluctué pendant les années qui ont suivi. Cette période a connu des partisans et des opposants, d'une part, à des programmes CHW plus complets qui ne se concentrent pas seulement sur la santé mais aussi le bien-être et, d'autre part, des programmes CHW plus sélectifs axés sur quelques interventions spécifiques liées à la santé (Hodgins, Kok et al. 2021). Depuis le début des années 2000, les programmes CHW ont suscité un regain d'intérêt, notamment en réponse à l'épidémie de VIH et à la pénurie croissante de personnel de soins de santé (Schneider, Hlophe et al. 2008, van Ginneken, Lewin et al. 2010, Perry 2013, Perry, Zulliger et al. 2014).

Ces dernières années, nous assistons à une évolution dans la vision des programmes CHW comme une solution temporaire et de second ordre, vers une vision selon laquelle ils constituent un élément important et durable des systèmes de santé dans le monde (Glenton, Javadi et al. 2021). La très grande majorité des programmes CHW sont actuellement en place dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'on estime que plus de 8,4 millions de CHW sont actifs (Perry 2020). Les programmes CHW nationaux sont reconnus pour avoir contribué à l'amélioration de la santé de leurs populations (Perry 2020). Ces programmes CHW sont très divers et complexes (Hodgins, Kok et al. 2021). De plus, il existe une multitude de termes pour décrire les CHW, ainsi que les tâches qu'ils accomplissent, et leur intégration dans le système de santé varie d'un pays à l'autre (Perry 2020). Les programmes CHW dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire sont passés principalement de profanes qui faisaient la promotion de la santé et dispensaient une éducation sanitaire, tout en faisant le lien avec des soins de santé traditionnels, à la prestation de services de santé (Schleiff, Aitken et al. 2021). Dans le contexte du *transfert de tâches*, à l'occasion duquel des tâches de santé spécifiques sont transférées vers des cadres moins qualifiés en réponse à une pénurie de personnel de santé (Wools-Kaloustian, Sidle et al. 2009, Simoni, Nelson et al. 2011, Lees, Kielmann et al. 2012), les CHW fournissent entre autres des contraceptifs, des diagnostics et des traitements contre la diarrhée et la tuberculose, ainsi qu'un suivi de l'observance de certains médicaments (Schleiff, Aitken et al. 2021). Les CHW sont de plus en plus reconnus pour leur potentiel à assumer des tâches plus larges dans le cadre des soins de santé de première ligne intégrés (Perry 2020, Hodgins, Kok et al. 2021, Schleiff, Aitken et al. 2021). Ce déplacement s'inscrit dans le cadre d'une évolution récente, loin des programmes verticaux des CHW, qui mettent l'accent sur une seule maladie telle que le VIH, vers une approche plus horizontale et globale (Perry 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021). Le modèle de CHW brésilien en est un exemple classique, dans lequel les CHW font partie d'une équipe de soins de santé, dirigée par un médecin, qui est responsable de la santé tout au long de la vie de chacun dans un quartier défini (Harris 2014, Perry, Chowdhury et al. 2021). Bien que la littérature académique affirme que les programmes horizontaux intégrés sont efficaces et rentables, ce changement se passe lentement. De nombreux programmes CHW sont encore organisés verticalement aujourd'hui (Masis, Gichaga et al. 2021).

De plus en plus de CHW suscitent l'attention dans les pays à revenu élevé où, malgré un système de santé mieux développé, des inégalités majeures peuvent être constatées dans l'accès aux soins et les résultats des soins (Burns, Graversen et al. 2021, Spooner, Lewis et al. 2021, Vanden Bossche, Lagaert et al. 2021). Les CHW ont une longue histoire aux États-Unis et plus récemment dans d'autres pays, dont le Canada, la Nouvelle-Zélande et l'Australie, où ils jouent un rôle important dans l'orientation vers les soins de santé, la fourniture de soins adaptés à la culture, l'éducation à la santé et la défense des intérêts, entraînant de la sorte une réduction des inégalités en matière de santé et des résultats de santé positifs pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale (Boulton, Gifford et al. 2009, Najafizada, Bourgeault et al. 2015, Callaghan, Washbur et al. 2019, Russell, Kunin et al. 2019, Vanden Bossche, Lagaert et al. 2021). Le président Biden a récemment appelé à l'embauche de 100 000 CHW supplémentaires dans le cadre de sa stratégie contre la pandémie de COVID-19 aux États-Unis (Perry and Hodgins 2021). D'autres pays à revenu élevé accordent depuis peu une attention accrue aux CHW, notamment dans le contexte des soins de santé universellement accessibles (CSU) et du troisième Objectif de développement durable (ODD3) « Assurer une bonne santé et promouvoir le bien-être à tous les âges » (United Nations Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development 2021). Les soins de santé de première ligne, qui sont un fondement essentiel d'un système de santé de qualité, sont une pierre angulaire importante pour atteindre la CSU et réaliser l'ODD3 (De Maeseneer, Li et al. 2020, Hanson 2022). Ce constat est devenu encore plus apparent durant la récente pandémie de COVID-19 (Barron, Laryea-Adjei et al. 2021, De Maeseneer 2021), où plusieurs pays à revenu élevé tels que le Royaume-Uni, ont lancé un appel à la mise en place d'un programme CHW à grande échelle en réponse aux inégalités de santé largement mises en avant par la pandémie (Haines, de Barros et al. 2020).

2.2 Projet de CHWs belge dans le paysage mondial

Dans le contexte de cette évolution, le premier projet CHW à grande échelle de Belgique a débuté en 2021. Dans ce chapitre, nous examinons le projet CHW belge dans le paysage mondial.

2.2.1 Grande diversité des programmes de CHWs

Les programmes CHW varient considérablement d'un pays à l'autre. Le premier point sur lequel les programmes CHW diffèrent est celui de la rémunération. Certains postes de CHW sont non rémunérés ou volontaires, dans d'autres programmes, les CHW sont des travailleurs rémunérés qui bénéficient d'autres avantages financiers en plus du salaire (Hodgins, Kok et al. 2021). Les CHW du projet belge appartiennent à cette dernière catégorie, car en plus d'un salaire, ils accumulent également des droits sociaux, y compris des droits de pension légaux. Le deuxième point sur lequel les programmes CHW diffèrent dans le monde est celui du nombre d'heures ou de jours prestés par un CHW. Cela va du travail occasionnel au travail à temps plein, en passant par le temps partiel (Hodgins, Kok et al. 2021). Les CHW du projet belge travaillent à temps partiel ou à plein temps – en fonction de leurs souhaits et des besoins de l'équipe. Le troisième point sur lequel les CHW diffèrent dans le monde est le recours à des profanes et des professionnels. Ces dernières années, nous assistons à une évolution vers une plus grande professionnalisation des CHW, avec dans certains pays une formation des CHW d'une durée d'un à deux ans, accréditée par un organisme officiel qui évalue la qualité de la formation et du travail des CHW. Ils bénéficient également d'une rémunération fixe. Dans certains pays, les CHW

s'unissent aussi au sein d'associations professionnelles qui défendent leurs intérêts (Hodgins, Kok et al. 2021, Schleiff, Aitken et al. 2021). Les CHW belges ont reçu une formation limitée durant cette première année pilote, sans aucune reconnaissance de cette formation par un organisme officiel, ce qui signifie qu'ils se situent plutôt du côté « profane » du spectre. Bien qu'aucun niveau d'éducation spécifique ne soit requis, plusieurs titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur ont postulé au poste de CHW. Certains d'entre eux avaient obtenu leur diplôme à l'étranger et quelques-uns éprouvaient des difficultés à obtenir la reconnaissance de ce diplôme en Belgique. Les équipes étaient composées de CHW avec et sans diplôme, mais aussi avec et sans expérience professionnelle, ce qui a parfois posé des difficultés en termes de formation de base et de cohésion d'équipe. Les compétences sociales demeurent l'une des exigences de base les plus importantes pour un CHW. Il est néanmoins permis de se demander si à l'avenir des CHW moins formés/expérimentés peuvent avoir des opportunités de formation supplémentaires dans le cadre du projet CHW belge. Les CHW expérimentés/formés peuvent par ailleurs emmener avec eux des CHW moins expérimentés/formés pendant quelques jours ouvrables pour apprendre les uns des autres. De cette manière, le projet CHW peut aussi contribuer davantage à promouvoir le développement socio-économique des personnes peu ou pas formées et ayant peu ou pas d'expérience professionnelle (Masis, Gichaga et al. 2021).

2.2.2 Projet de CHWs : trouver un équilibre entre un contexte standardisé et contexte adapté aux particularités locales

En gardant à l'esprit la littérature scientifique existante sur la nécessité d'un cadre de soutien efficace pour les programmes CHW (World Health Organization 2018, Ballard, Bancroft et al. 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021, Perry and Hodgins 2021, Westgate, Musoke et al. 2021, Zulu and Perry 2021), une base a été posée en ce sens au cours de la première année du projet dans un temps limité et avec des ressources limitées. Le projet CHW belge est relativement petit, puisqu'il compte 50 CHW actifs dans différentes parties du pays et villes. Ce projet CHW possède une structure de gouvernance globale fédérale, qui a jeté les bases nécessaires pour pouvoir travailler sur une base locale et répondre aux besoins locaux de manière très spécifique au contexte et adhérer aux structures locales existantes. Le suivi rapproché par un comité de pilotage, composé de membres de toutes les régions et d'un coordinateur fédéral, a pour but de maintenir au mieux cet équilibre entre uniformité au niveau fédéral et diversité adaptée au niveau local.

Les contextes des villes où les CHW belges sont actifs sont variés en termes de population, mais aussi de besoins et d'offre de soins de santé. L'obstacle de l'accessibilité des soins de santé par exemple est plus présent dans les zones rurales belges que dans un contexte urbain. Dans les villes, les CHW indiquent que les listes d'attente et l'arrêt de l'acceptation de nouveaux patients chez les prestataires de soins de santé sont plus problématiques. Le projet CHW belge s'est largement concentré sur l'adaptation et l'intégration locales, avec des collaborations spécifiques à chaque quartier. L'adaptation au contexte local et l'expérimentation ont été possibles dès que les premiers CHW ont commencé à travailler, en témoignent les diverses stratégies développées par les CHW pour aider les personnes à accéder aux soins de première ligne et liés au COVID-19. Cette réactivité au contexte local est également soulignée dans la littérature scientifique internationale comme étant très importante à la réussite d'un programme CHW (Hodgins, Kok et al. 2021, Perry and Hodgins 2021). L'adaptation des activités des CHW au contexte local leur permet de répondre aux besoins locaux de façon adaptée aux communautés locales. Le projet CHW peut ainsi s'adapter plus facilement aux circonstances

changeantes dans les quartiers (Hodgins, Kok et al. 2021, Lewin, Lehmann et al. 2021). Cette approche est également réputée plus durable et donnant de meilleurs résultats de santé à moyen et à long terme (Lewin, Lehmann et al. 2021).

L'approche standardisée offre toutefois des avantages en ce qui concerne le maintien d'une vue d'ensemble, le suivi et la planification des activités (Hodgins, Kok et al. 2021). Les programmes CHW relativement importants peuvent connaître des tensions entre cette approche standardisée en termes de structure de gouvernance et de mise en œuvre, alors que d'autre part, ils doivent être flexibles afin de pouvoir s'adapter au contexte local et à la population ayant des besoins spécifiques (Lewin, Lehmann et al. 2021). Une coordination, un financement et une planification des programmes plus décentralisés peuvent faire en sorte que rôles et les tâches des CHW correspondent mieux aux besoins locaux dans certaines zones géographiques comptant des groupes cibles spécifiques (Glenton, Javadi et al. 2021). Au-delà de la connexion locale, il est également essentiel de construire une structure de base commune fondamentale, comprenant un système d'information, une gestion, une supervision et une assurance qualité (Hodgins, Kok et al. 2021). La diversité locale dans l'approche durant la première année du projet rend le suivi et l'évaluation complexes, tout en apportant une réponse aux besoins locaux et, dans la perspective de la deuxième année du projet, elle donne également la force de tirer les enseignements des meilleures pratiques d'autres villes et quartiers. Comme le reconnaît la littérature académique, il est important d'étayer le travail des CHW par des interventions fondées sur des preuves adaptées au contexte local en concertation avec le groupe cible et les CHW (Glenton, Javadi et al. 2021). À l'avenir, le projet CHW belge peut encore franchir des étapes importantes en la matière afin d'atteindre les objectifs fixés tout en fournissant des services efficaces acceptables pour le public cible et réalisables, mais aussi durables dans le temps (Glenton, Javadi et al. 2021). Il est en outre important que des efforts supplémentaires soient déployés au niveau administratif global au profit d'un système d'information partagé et d'un soutien lors de la supervision et qu'une attention soit portée à l'assurance qualité.

2.2.3 Les CHWs, un rôle important et unique, mais également complexe entre les soins de santé et la communauté

Les CHW occupent une position unique entre la communauté et le système de santé. Il s'agit d'un avantage essentiel de leur fonctionnement, mais cela requiert également des CHW qu'ils soient à la fois intégrés dans la communauté et qu'ils entretiennent une relation fonctionnelle avec des acteurs du système de santé (Schneider and Lehmann 2016, LeBan, Kok et al. 2021, Lewin, Lehmann et al. 2021, Perry, Chowdhury et al. 2021). C'est un exercice d'équilibriste, qui représente aujourd'hui un défi permanent pour le projet CHW en Belgique, mais aussi dans d'autres pays. Une attention continue est nécessaire pour que le projet CHW belge établisse une collaboration efficace avec les prestataires de soins de santé au sein du système de santé et qu'il renforce la confiance afin de promouvoir l'intégration communautaire (LeBan, Kok et al. 2021, Perry, Chowdhury et al. 2021). Après tout, les acteurs des deux contextes ont des attentes et des besoins différents (LeBan, Kok et al. 2021). Dans le projet CHW belge, l'intégration dans la communauté est plus largement concrétisée que la coopération avec les acteurs du système de santé. Une collaboration claire et des relations de soutien entre les CHW et les prestataires de soins de santé peuvent optimiser l'orientation des personnes du groupe cible. De plus, cette collaboration peut légitimer davantage le rôle du CHW, à la fois vis-à-vis du système de santé et vis-à-vis des personnes du groupe cible (LeBan, Kok et al. 2021). Lorsque le

CHW n'est pas reconnu pour son travail par les prestataires de soins de santé et que des soins de santé de qualité ne sont pas fournis à un patient orienté par un CHW, la confiance et le respect de la communauté envers le CHW seront sapés et ils affecteront négativement leur travail (LeBan, Kok et al. 2021).

Un rôle clair et reconnu par toutes les parties est nécessaire à une bonne intégration dans la communauté et un ancrage dans le système de santé. L'ambiguïté des rôles peut poser problème en la matière et nuire à la crédibilité (Kok, Dieleman et al. 2015, Colvin, Hodgins et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021). Si le rôle du CHW est clair et connu par les prestataires de soins et que ces derniers perçoivent la valeur de leur travail, ils seront plus enclins à faciliter le travail du CHW (Glenton, Javadi et al. 2021). Dans la communauté également, il est important que le rôle des CHW soit reconnu, connu et apprécié par les personnes en situation de vulnérabilité sociale (Colvin, Hodgins et al. 2021, Perry, Chowdhury et al. 2021). Durant la première année du projet, le rôle des CHW du projet belge n'est pas clairement défini. Il est par ailleurs peu connu des prestataires de soins de santé et des organisations locales. Au début du projet CHW belge, les organisations locales de la communauté, ainsi que certains prestataires de soins locaux ont été informés du projet CHW dans leur quartier, sur la base de l'analyse préliminaire du quartier. Faire connaître le projet et la création de partenariats dans les quartiers prend cependant du temps. En raison de la brièveté du temps de préparation du projet CHW, les CHW n'étaient pas toujours considérés comme légitimes en raison d'un manque de sensibilisation. À l'avenir, il est important de continuer de s'investir dans des collaborations avec des partenaires locaux, à la fois dans la communauté locale et dans le système de soins de santé.

2.2.3.1 Intégration dans la communauté

L'intégration dans la communauté peut être définie par les liens sociaux des CHW, ainsi que par leur connaissance de la communauté (LeBan, Kok et al. 2021). L'implication dans cette communauté est l'un des aspects essentiels d'un programme CHW réussi (Crigler, Hill et al. 2013). Cette intégration est essentielle pour faire correspondre les services des CHW aux besoins locaux (Afzal, Pariyo et al. 2021). L'implication auprès de la communauté est importante pour instaurer la confiance parmi les membres du groupe cible à propos des CHW, sensibiliser à leur rôle, mais aussi définir les limites des tâches des CHW (Afzal, Pariyo et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021). De plus, l'ancrage local dans la communauté est un facilitateur important pour la motivation et les performances des CHW (LeBan, Kok et al. 2021), pour donner un retour sur le travail des CHW (Crigler, Hill et al. 2013), pour un soutien local plus solide aux CHW (Glenton, Javadi et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021) et pour identifier de nouveaux candidats au recrutement en tant que CHW (Afzal, Pariyo et al. 2021).

Dès le début des activités sur le terrain, le projet CHW belge s'est concentré sur l'ancrage local et la coopération avec les organisations existantes, par exemple les centres de services locaux et les ASBL qui soutiennent les personnes en situation de vulnérabilité sociale. Ces collaborations adoptent des formes très diverses, allant des permanences, aux sorties ensemble en passant par l'organisation d'activités ensemble. D'une part, ils facilitent l'orientation des personnes du groupe cible vers les services de santé et d'aide sociale, et d'autre part, ils permettent également aux personnes ayant des besoins supplémentaires de trouver facilement le CHW. La création de partenariats avec des organisations existantes dans le projet CHW belge a été compliquée par la fragmentation de l'offre existante dans chaque quartier. Dans les quartiers où il existait déjà un réseau efficace, par exemple

par le biais de régisseurs de quartier, cette collaboration a été facilitée et mise en place plus rapidement, dans la lignée de la littérature internationale (Kok, Dieleman et al. 2015). En Wallonie, le partenariat avec le *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté* a également facilité des collaborations avec diverses organisations locales. Dans les quartiers où ces structures étaient existantes, cela a pris plus de temps. Faire mieux connaître les CHW et leur rôle au niveau local et supra-local peut contribuer à améliorer l'intégration des CHW dans la communauté et le système de santé.

Les directives de l'OMS en vue de l'optimisation des programmes CHW proposent quelques stratégies pour parvenir à l'engagement communautaire : par exemple consulter les « leaders » du quartier, obtenir des commentaires de la communauté, impliquer la communauté dans la sélection et la hiérarchisation des activités des CHW et collaborer avec les organisations communautaires (World Health Organization 2018, LeBan, Kok et al. 2021). Une mise en garde importante doit être faite sur le dernier point concernant les collaborations avec les organisations communautaires, à savoir que l'engagement communautaire ne sera encouragé que si ces organisations sont respectées par la communauté. Cela présente cependant aussi un inconvénient. Les organisations qui ont une mauvaise réputation au sein de la communauté peuvent nuire à l'intégration des CHW dans le quartier (LeBan, Kok et al. 2021). La littérature académique montre en outre que l'un des principaux facteurs du manque d'acceptation des CHW par la communauté était le fait qu'ils n'étaient pas recrutés dans la communauté (LeBan, Kok et al. 2021). L'ancrage dans la communauté dans le projet CHW belge est principalement réalisé par le recrutement des personnes ayant une expérience de vie commune des quartiers dans lesquels les CHW sont actifs. Tous les CHW ne sont cependant pas issus des quartiers où ils travaillent. De plus, des partenariats ont également été mis en place avec des organisations locales, avec plus ou moins de succès. Cela souligne l'importance d'une bonne connaissance du quartier et d'une analyse approfondie de ce dernier, avec une attention marquée pour la perception des personnes du groupe cible sur les éventuelles organisations partenaires. Au cours de la deuxième année du projet, l'on peut examiner comment renforcer l'ancrage local, par exemple en facilitant la responsabilité locale grâce à laquelle les citoyens ont la possibilité de donner leur avis sur la qualité du travail des CHW (Lewin, Lehmann et al. 2021).

Stimuler un engagement accru, comme le recommande l'OMS, entre autres (World Health Organization 2018), est un défi pour le projet CHW belge, car les quartiers de ce projet sont très vastes et des personnes d'horizons très divers y vivent. La littérature montre que cette intégration nécessite également du temps et des ressources pour s'assurer que la communauté apprenne à connaître le rôle du CHW et ait des attentes réalistes à son sujet (LeBan, Kok et al. 2021). De plus, la littérature académique montre que la pression des bailleurs de fonds pour générer des résultats rapides ignore « la lenteur du processus social nécessaire pour construire des liens solides entre la communauté et les CHW » (LeBan, Kok et al. 2021: p. 8). Les auteurs de l'article de synthèse récent poursuivent en déclarant que « les gouvernements et les organisations de développement peuvent préférer investir dans des interventions avec des résultats facilement mesurables et investir moins dans le processus social plus intangible et la participation communautaire qui sont essentiels pour le succès et la durabilité à long terme » (LeBan, Kok et al. 2021: p. 8). Le projet CHW belge avait également une durée initialement limitée à un an, ce qui a en partie rendu difficile la réalisation d'un ancrage approfondi et durable dans la communauté.

2.2.3.2 Collaboration avec les acteurs des soins de santé

Les CHW sont des acteurs qui évoluent entre la communauté et le système de santé. Ce système de santé est un ensemble complexe et dynamique, qui compte divers acteurs ayant des intérêts, des perspectives et des valeurs divergents (Sacks, Morrow et al. 2019, Hodgins, Kok et al. 2021). Pour pouvoir jouer un rôle important en tant que CHW au sein de ce système de santé, la littérature académique nous apprend que leur rôle doit être clair, bien compris, respecté et soutenu de manière appropriée par les différents acteurs du système de santé (Hodgins, Kok et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021). Cette reconnaissance et une bonne communication entre les CHW et les prestataires de soins ont une influence positive sur le travail des CHW (Kok, Dieleman et al. 2015). Le manque d'intégration et de synchronisation entre les programmes CHW et les systèmes de santé locaux cause une fragmentation des services (Afzal, Pariyo et al. 2021) et peut limiter l'efficacité des programmes CHW (Mupara, Mogaka et al. 2021).

Pour s'assurer que toute personne bénéficie des services de santé dont elle a besoin, il est important que les CHW se connectent efficacement avec le système de santé au sens large, avec une attention spécifique aux liens effectifs avec des acteurs des soins de la santé (Afzal, Pariyo et al. 2021). Dans ce contexte, il est important de disposer d'un système de référence bien conçu, qui définit quand il est nécessaire d'orienter une personne (Crigler, Hill et al. 2013). Un système de référence efficace nécessite une formation des CHW pour qu'ils sachent quels besoins de santé ils doivent ou non orienter. Une bonne communication entre les prestataires de soins de santé et les CHW, les protocoles et les lettres de référence peuvent également contribuer à améliorer le lien entre les CHW et les services de soins de santé (LeBan, Kok et al. 2021). Ce système de référence étendu et cette communication structurelle avec les acteurs de la santé font actuellement défaut dans le projet CHW belge. C'est un point d'attention important pour l'avenir. À l'instar des collaborations avec des organisations communautaires, dans ce cas aussi, il est important que les CHW collaborent avec des structures de soins de santé ouvertes aux personnes du groupe cible, et les traitent avec respect, sans préjugés inconscients, sans longues listes d'attente et avec des soins de qualité. Ceci dans le but de préserver leur légitimité et leur crédibilité et de préserver la confiance de la personne du groupe cible (LeBan, Kok et al. 2021).

L'intégration au sein de la communauté et la mise en place d'une coopération avec les acteurs des soins de santé nécessitent du temps, de la planification et de la coordination (Crigler, Hill et al. 2013). Dans la première année du projet, les collaborations entre les CHW se sont souvent développées de manière ponctuelle et individuelle. En fonction notamment de l'engagement des CHW et du réseau existant de coaches par quartier. Il n'existe pas encore d'intégration ou de collaboration structurelle avec des acteurs des soins de santé dans le projet CHW belge. Le développement de ces relations structurelles est un point d'attention important pour l'avenir. Ce n'est toutefois pas seulement une tâche pour les programmes CHW, mais aussi pour les décideurs politiques qui doivent inclure les CHW dans leur vision politique en tant que partie intégrante du système de santé (Afzal, Pariyo et al. 2021). Cependant, les auteurs de cet article de synthèse avertissent que « ceux qui développent cette approche holistique peuvent ne pas apprécier les CHW ou ne pas considérer leur contribution comme un élément central et intégral de l'optimisation des présentations du système de santé » (Afzal, Pariyo et al. 2021: p. 14). D'autres auteurs affirment qu'il faut évoluer vers un *système de santé communautaire* (Schneider, Olivier et al. 2021), qu'ils définissent comme « l'ensemble des acteurs,

des relations et des processus locaux impliqués dans la production, la défense et le soutien de la santé dans les communautés et les familles en dehors des structures de santé formelles, mais en relation avec celles-ci » (Schneider and Lehmann 2016: p. 114).

2.2.4 Déterminants sociaux de la santé

La littérature scientifique internationale affirme que les CHW peuvent apporter une contribution précieuse dans le traitement des déterminants sociaux de la santé (Damio, Ferraro et al. 2017). Ce sont les facteurs non médicaux qui influencent les résultats de santé, notamment le revenu, le niveau d'éducation, le chômage ou la précarité de l'emploi, l'insécurité alimentaire, les conditions de vie précaires et l'exclusion sociale (World Health Organization 2022). La pandémie de COVID-19 a rendu ces déterminants sociaux de la santé encore plus visibles et elle a généré des résultats sanitaires inégaux liés au COVID-19 (Ballard, Bancroft et al. 2020, World Health Organization 2021). Cette étude qualitative illustre que dans de nombreuses situations, les CHW du projet belge vont au-delà d'une demande d'aide purement médicale et qu'ils examinent également s'ils peuvent également soutenir ou orienter les personnes autour de ces déterminants sociaux de la santé - en vue d'aider durablement les personnes du groupe cible, ainsi que de ne pas détruire la confiance précaire qu'ils ont construite.

Cependant, les programmes CHW dans le monde sont façonnés ou limités par la réglementation existante (Lewin, Lehmann et al. 2021). Cette focalisation sur les questions d'aide sociale plus étendues ne faisait pas partie du mandat confié aux CHW belges par le gouvernement fédéral. Dans l'étude qualitative, les CHW ont indiqué qu'ils incluaient davantage ces questions d'aide sociale plus larges au début du projet que vers la fin de la première année du projet, car le rôle du CHW était moins clairement défini durant les premiers mois. Ce rôle s'est encore progressivement affiné et, dans certains cas, ces questions d'aide sociale prenaient trop de temps. Grâce à une clarification et une délimitation plus poussée des rôles par les coaches, les CHW se sont davantage concentrés sur les besoins en soins de santé, conformément à la description contenue dans le mandat du gouvernement fédéral. Il est important de noter en la matière que la délimitation dans le mandat du gouvernement fédéral ne concernait pas seulement l'exclusion des questions d'aide sociale, mais que les CHW ne pouvaient pas davantage effectuer des tâches préventives - conformément à la répartition des compétences entre les autorités fédérales et régionales en Belgique. La littérature internationale montre cependant que les CHW offrent également un grand potentiel d'utilisation dans la prévention, ils pourraient ainsi contribuer davantage à agir sur les déterminants sociaux de la santé (World Health Organization 2016, Damio, Ferraro et al. 2017).

Le gouvernement fédéral pourrait en outre tenter de savoir si les CHW pourraient également accorder une attention structurelle à ces déterminants sociaux de la santé dans leurs tâches - dans la lignée d'une recommandation du rapport du KCE sur l'évaluation de l'équité du système de santé belge : « Une plus grande égalité en matière de santé ainsi qu'un accès plus équitable aux soins de santé ne peuvent être atteints par la seule politique des soins de santé. Le revenu (la sécurité de revenu) et les conditions de vie et de travail sont essentiels et nécessitent une approche intersectorielle plus large dans laquelle le travail, l'éducation, le logement, les politiques de lutte contre la pauvreté et sociales doivent se renforcer mutuellement » (Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020: p. 47). L'approche des déterminants sociaux de la santé est fondamentale pour améliorer la santé et réduire les inégalités inique existant de longue date dans les soins de santé (World Health Organization 2022).

De cette manière, les CHW peuvent contribuer à des *soins communautaires intégrés*, qui souscrivent à une vision engageante et stimulante de soins de première ligne étendus et solides, y compris en abordant les déterminants plus vastes de la santé, ainsi qu'en autonomisant les personnes, les familles et les communautés locales dans l'optimisation de leur santé (Vandenbroeck and Braes T. 2020).

2.2.5 Les CHWs et la crise de COVID-19

La crise du COVID-19 a souligné l'importance de soins de santé de première ligne solides pour résister à une crise sanitaire de cette nature (De Maeseneer, Li et al. 2020, Hodgins, Kok et al. 2021, OECD 2021). Cette pandémie a mis à nu les points douloureux existants - tels que l'accès inéquitable aux soins de santé pour les personnes vivant dans des conditions socialement vulnérables, la pénurie de personnel de santé et l'absence d'interventions locales rapides en matière de prévention, de promotion de la santé, de *recherche des contacts* et de vaccination (Afzal, Pariyo et al. 2021, Perry, Chowdhury et al. 2021). Lorsque des programmes CHW existaient déjà, des CHW ont été déployés pour agir rapidement au niveau local afin de maintenir la confiance dans la communauté, fournir des informations claires et transparentes, expliquer les mesures et établir un système de *recherche des contacts* (Schleiff, Aitken et al. 2021). Lorsqu'aucun CHW n'était encore actif, cette crise sanitaire a aussi stimulé l'innovation (Schleiff, Aitken et al. 2021), en témoigne le projet CHW belge. La pandémie a conduit à une plus large reconnaissance de l'importance des CHW, y compris dans les pays à revenu élevé (Kok, Crigler et al. 2021). Inspirés par les modèles de CHW dans les pays à revenu faible et intermédiaire comme le Brésil, les chercheurs affirment dans des articles récents dans des revues scientifiques de premier plan – *The Lancet* (Haines, de Barros et al. 2020), le *New England Journal of Medicine* (Peretz, Islam et al. 2020) et *Nature Medicine* (Harris, Bhatti et al. 2020) – pour le déploiement de CHW dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les CHW peuvent être mis en œuvre pour identifier les groupes à risque, orienter les patients vers le système de santé traditionnel, mettre en place des interventions locales qui répondent aux besoins de la communauté locale, lutter contre la désinformation et expliquer la justification des choix politiques de santé spécifiques lors de la réponse à la crise du COVID-19 (Harris, Bhatti et al. 2020). Ils ont également le potentiel de jouer un rôle important dans le *transfert de tâches*, où ils pourraient aider à alléger la charge de travail des médecins généralistes et autres prestataires de soins de santé pendant la pandémie de COVID-19 (Vanden Bossche, Lagaert et al. 2021). Les CHW sont par ailleurs en mesure de cartographier les déterminants sociaux de la santé et d'aider à les combattre (Damio, Ferraro et al. 2017, Haines, de Barros et al. 2020, Peretz, Islam et al. 2020). Il est également nécessaire de renforcer la confiance dans les soins de santé et les instances officielles pour pouvoir faire face à une crise de santé publique telle que la pandémie de COVID-19. Les CHW peuvent jouer un rôle important à cet égard, comme le soutient un récent document d'orientation de la Banque mondiale (Khemani, Chaudhary et al. 2020, Colvin, Hodgins et al. 2021).

Conformément à la littérature académique internationale, les CHW du projet belge contribuent à la réponse au COVID-19 par leur proximité et leur bonne compréhension des communautés vivant dans des conditions socialement vulnérables (Lotta, Wenham et al. 2020, African Centre for Disease Control and Prevention 2021), en raison de leur contact aisé (Lotta, Wenham et al. 2020), car ils construisent une relation confidentielle avec le groupe cible (African Centre for Disease Control and Prevention 2021) et contribuent ainsi également à construire et restaurer la confiance dans les soins de santé (Khemani, Chaudhary et al. 2020, Colvin, Hodgins et al. 2021), et fournir des informations correctes

accessibles pour éviter la désinformation (Ballard, Bancroft et al. 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021). Une attention particulière a été portée aux équipements de protection des CHW dans le contexte belge – ce qui est essentiel (Ballard, Bancroft et al. 2020) mais n'a pas été assez largement prévu dans les programmes CHW dans le monde (Lotta, Wenham et al. 2020, Nepomnyashchiy, Dahn et al. 2020).

2.3 Perspectives d'avenir

Dans ce projet CHW belge, il est important de tirer les leçons des expériences des programmes CHW dans le monde entier. Il ne faut pas oublier les déceptions des programmes dans les années 70 et 80, qui nous ont appris que les programmes CHW sont complexes et ont besoin d'une base et d'un encadrement corrects (Ballard, Madore et al. 2018). De nombreuses leçons peuvent être tirées non seulement de l'histoire, mais aussi des expériences contemporaines en matière de programmes CHW dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Des mesures importantes ont déjà été prises au cours de cette première année du projet pour fournir aux CHW l'encadrement nécessaire - comme indiqué dans ce rapport. À l'avenir, le projet CHW belge doit développer plus en détail ce cadre de soutien. Il est également très important d'impliquer les CHW eux-mêmes dans ce développement (Afzal, Pariyo et al. 2021). Ce n'était pas encore possible au début de la première année, car aucun CHW n'était actif à ce moment. Il est essentiel de se concentrer sur ce point au cours de la deuxième année.

2.3.1 Quid des CHWs après la pandémie de COVID-19 ?

La reconnaissance croissante que les programmes CHW peuvent jouer un rôle important dans la résolution des lacunes des systèmes de santé dans le monde et dans l'apport d'une aide pendant les crises sanitaires, telles que la pandémie de COVID-19, signifie que les programmes CHW nationaux sont à l'aube d'une nouvelle ère (Afzal, Pariyo et al. 2021, Lewin, Lehmann et al. 2021). La littérature scientifique récente soutient non seulement les arguments en faveur d'un cadre solide pour les CHW pendant la pandémie de COVID-19, mais leur confère également un rôle important en tant que soutien durable du système de soins de santé général après cette crise sanitaire - tant dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé (Haines, de Barros et al. 2020, Harris, Bhatti et al. 2020, Peretz, Islam et al. 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021, Schleiff, Aitken et al. 2021). Les CHW peuvent jouer un rôle important dans la construction d'un système de santé résilient, en contribuant à améliorer l'accès aux soins pour les personnes vivant dans des conditions socialement vulnérables (Masis, Gichaga et al. 2021). L'étude qualitative soutient cette recommandation de déploiement de CHW, non seulement pendant la pandémie de COVID-19, mais aussi après. Les résultats qualitatifs montrent que les CHW contribuent à informer et à soutenir les personnes sur les questions liées au COVID-19 et qu'ils soutiennent et orientent souvent les personnes en situation de vulnérabilité sociale et les orientent vers les soins de santé traditionnels.

2.3.2 Vision à long terme et financement durable

Les pays à revenu faible et intermédiaire et, plus récemment, les pays à revenu élevé ont une vaste expérience des CHW qui montre que les programmes CHW fonctionnels ne sont pas bon marché (Hodgins, Kok et al. 2021), mais qu'ils sont rentables pour toucher les personnes vivant dans des conditions socialement vulnérables (Perry, Chowdhury et al. 2021). Une vision à long terme et un financement durable sont cependant nécessaires pour réaliser pleinement le potentiel des programmes CHW (Hodgins, Kok et al. 2021, Masis, Gichaga et al. 2021). La littérature académique

montre que c'est également important pour la motivation des CHW (Colvin, Hodgins et al. 2021). Cette perspective à long terme et ce financement durable sont notamment importants pour réussir la planification, la coordination et la conclusion de partenariats (Afzal, Pariyo et al. 2021). Selon les termes de Perry et de ses collègues : « Nous souhaitons depuis longtemps une évolution dans notre compréhension des programmes CHW, d'une vision d'accessoire temporaire et sous-financé vers une partie intégrante de systèmes de santé au fonctionnement optimal dans le monde, y compris les pays à revenu élevé et faible et les pays à revenu intermédiaire » (Perry, Chowdhury et al. 2021: p.14). À l'instar de certains programmes CHW étrangers, le projet CHW belge a vu le jour dans un contexte d'absence de financement à long terme et de vision politique durable sur ce thème (Afzal, Pariyo et al. 2021). Des budgets ont été alloués pour une année de projet. Pour le projet CHW belge également, un financement durable et une vision à long terme parmi les décideurs politiques sont un facteur important pour faciliter pleinement le potentiel que les CHW peuvent offrir. L'approbation pour une deuxième année de projet n'a été donnée qu'à la fin du mois de décembre de la première année. Cela complique encore l'élaboration de plans approfondis et d'une vision durable.

La littérature académique montre que la mobilisation de la volonté politique est un élément important de la réussite d'un programme CHW (Afzal, Pariyo et al. 2021, Colvin, Hodgins et al. 2021, Masis, Gichaga et al. 2021). Le démarrage de ce projet CHW en Belgique a montré un soutien politique important pour le développement de ce modèle de santé innovant. Un soutien politique supplémentaire et un financement durable sont essentiels pour rendre le cadre des CHW plus durable. Des programmes CHW importants et fructueux, comme celui du Brésil, sont nés d'un projet pilote en réponse à une crise sanitaire dans les années 1980 (Afzal, Pariyo et al. 2021). Par ce rapport, nous souhaitons inviter les décideurs politiques à soutenir l'avenir des CHW, tout en adhérant à des soins de santé équitables et accessibles à tous en Belgique, en formulant une vision à long terme et en garantissant un financement durable.

VI. Conclusion

Une grande inégalité peut être constatée dans l'accès aux soins de santé (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014, Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020, Cès and Baeten 2020, Burns, Graversen et al. 2021). Durant la période qui a précédé l'épidémie de COVID-19, l'accès aux soins pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale s'est considérablement détérioré (Buffel and Nicaise 2018, De Ridder 2019, Cès and Baeten 2020). Ce fossé entre riches et pauvres est l'un des plus importants de l'Union européenne (Buffel and Nicaise 2018, Cès and Baeten 2020). La pandémie de COVID-19 a frappé le plus durement les plus vulnérables et a encore exacerbé ces inégalités (Baena-Díez, Barroso et al. 2020, Peretz, Islam et al. 2020, Barron, Laryea-Adjei et al. 2021, Burns, Graversen et al. 2021).

Souvent, les personnes ayant un accès limité ou inexistant aux soins de santé sont décrites comme « *hard to reach* », difficiles à atteindre. Toutefois, de leur point de vue, ce sont les services de santé qui sont difficilement accessibles (Onyango, Schatz et al. 2017: p. 25-26). Le Livre blanc de l'INAMI et de Médecins du Monde sur l'accessibilité aux soins de santé belges conseille de réfléchir à de « nouveaux métiers de soin » entre autres pour guider les personnes dans leur accès aux soins (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014: p. 13). L'étude qualitative présentée dans ce rapport montre que les CHW peuvent être l'un de ces nouveaux métiers de la santé. Les CHW peuvent apporter une contribution de taille à l'orientation des personnes en situation de vulnérabilité sociale vers les soins de santé traditionnels - d'une manière adaptée aux besoins du groupe cible. Ils peuvent ainsi tenir compte des divers obstacles rencontrés par un patient auquel ils apportent leur aide. L'instauration de la confiance et la fourniture d'une aide impartiale dans une approche de la *main tendue* qui leur permet de consacrer du temps aux populations vulnérables mal desservies est l'essence même de leur travail. Les CHW peuvent ainsi remplir une précieuse fonction de passerelle entre le système de santé belge et les personnes en situation de vulnérabilité sociale qui n'ont que peu ou pas accès aux soins de santé réguliers.

Une orientation fructueuse vers les soins de santé prend du temps. Il est essentiel de construire une relation de confiance entre le CHW et les personnes du groupe cible, afin de surmonter les obstacles et d'orienter ainsi durablement ces personnes vers des soins de santé réguliers. La construction d'un cadre de soutien pour faciliter autant que possible le travail des CHW requiert également du temps et des ressources. Cette première année de projet peut être considérée comme une année pilote, au cours de laquelle les premières fondations ont été posées, qui peuvent être développées au cours d'une deuxième année - en prêtant attention à (a) un rôle clairement défini en tant que CHW ; (b) la formation qualitative et continue des CHW et des coaches ; (c) des carrières définies ; (d) un bon salaire et une supervision efficace ; (e) un suivi quantitatif de leurs activités grâce à un outil d'enregistrement accessible ; (f) l'espace et le matériel nécessaires à leur fonctionnement ; (g) l'élaboration de matériels de soutien pour mener à bien leur travail en concertation avec le groupe cible ; (h) s'efforcer d'établir un lien structurel avec les soins de santé et (i) s'intégrer davantage dans les quartiers locaux ; (j) et élaborer un système de suivi des signaux concernant les problèmes structurels d'accessibilité aux soins de santé (World Health Organization 2018, Ballard, Bancroft et al. 2020, Perry, Chowdhury et al. 2021, Perry and Hodgins 2021, Westgate, Musoke et al. 2021). Il est important en cela d'impliquer les CHW et les personnes du groupe cible dans le développement ultérieur du programme CHW en Belgique, ainsi que de surveiller en permanence le lien entre les CHW et le système de santé existant. Une attention accrue au partage d'expériences d'une région à l'autre

entre les CHW et les coaches peut apporter une valeur ajoutée importante au cours de la deuxième année du projet. Il est en outre nécessaire d'optimiser davantage le travail des CHW sur la base d'interventions *fondées sur des données probantes* adaptées au contexte local et dont l'impact est mesuré (Hodgins, Kok et al. 2021). Après une phase pilote, l'étape suivante nécessite effectivement une évaluation approfondie basée à la fois sur des données quantitatives et qualitatives.

La réalisation du potentiel des programmes CHW requiert une politique à long terme et un financement durable pour créer un cadre de soutien des CHW dans leurs tâches. C'est nécessaire non seulement pendant la pandémie de COVID-19, mais aussi après. Après tout, l'accès aux soins de santé était, est et restera un défi important en Belgique (Bouckaert, Maertens de Noordhout C. et al. 2020, Burns, Graversen et al. 2021).

VI. Sources

African Centre for Disease Control and Prevention (2021). COVID-19 & Community Health Workers

Afzal, M. M., G. W. Pariyo, Z. S. Lassi and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 2. Planning, coordination, and partnerships." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-17.

Ahmed, F., N. e. Ahmed, T. W. Briggs, P. J. Pronovost, D. P. Shetty, A. K. Jha and V. Govindarajan (2017). "Can reverse innovation catalyse better value health care?" The Lancet Global Health **5**(10): e967-e968.

Angrosino, M. (2007). Doing ethnographic and observational research. London, Sage.

Arrazola de Oñate, W., Ed. (2022). Volksgezondheid en wijkontwikkeling. De Stad beter na Corona? Reflecties over een gezondere en meer rechtvaardige stad, Academic & Scientific Publishers,.

Avalosse, Maron, Lona, Guillaume, Allaoui and Zinno (2019). Ongelijkheid in gezondheid. IMA-AIM. Brussels: 103.

Baena-Díez, J. M., M. Barroso, S. I. Cordeiro-Coelho, J. L. Díaz and M. Grau (2020). "Impact of COVID-19 outbreak by income: hitting hardest the most deprived." Journal of Public Health **42**(4): 698-703.

Baeten, R., S. Spasova, B. Vanhercke and S. Coster (2018). "Inequalities in access to healthcare." A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.

Ballard, M., E. Bancroft, J. Nesbit, A. Johnson, I. Holeman, J. Foth, D. Rogers, J. Yang, J. Nardella and H. Olsen (2020). "Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response." BMJ Global Health **5**(6): e002550.

Ballard, M., A. Madore, A. Johnson, Y. Keita, E. Haag, D. Palazuelos, J. Rosenberg and R. Weintraub (2018). Cases in Global Health Delivery. Concept Note. Harvard Medical School: 21.

Barron, G. C., G. Laryea-Adjei, V. Vike-Freiberga, I. Abubakar, H. Dakkak, D. Devakumar, A. Johnsson, S. Karabey, R. Labonté and H. Legido-Quigley (2021). "Safeguarding people living in vulnerable conditions in the COVID-19 era through universal health coverage and social protection." The Lancet Public Health.

Benamar, Buzaku and Legros (2015). Action communautaire en santé et participation. . Cultures & Santé asbl. Brussel.

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout C. and Van de Voorde C. (2020). De performantie van het Belgische Gezondheidssysteem: Evaluatie van de Bilijkheid. Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg: 60.

Bouckaert N., Maertens de Noordhout C. and Van de Voorde C. (2020). Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). KCE. Brussels.

Boulton, A., H. Gifford and M. Potaka-Osborne (2009). "Realising whānau ora through community action: the role of Māori community health workers." Education for Health **22**(2): 188.

Brooks, B., S. Davis, L. Frank-Lightfoot, P. Kulbok, S. Poree and L. Sgarlata (2014). "Building a community health worker program: the key to better care, better outcomes, & lower costs." Community Health Works: Chicago, IL.

Buffel, V. and I. Nicaise (2018). "ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare" Belgium, European Social Policy Network." European Commission (ESPN Reports).

Burns, R., P. Graversen, E. Xenou, J. Offe, Martin, S. and J. Gach (2021). Unheard, unseen, and untreated: health inequalities in Europe Today. 2021 Observatory Report. Dokters van de Wereld. Stockholm,: 48.

Callaghan, T., D. Washbur, D. Cason, J. Schmit, D. Martinez, E. Thompson, M. LaFleur and Z. Ruiz (2019). "Community Health Worker Roles and Responsibilities in Rural and Urban America." Policy Brief South West Rural Health Centre: 7.

Cès, S. and R. Baeten (2020). Inequalities in access to healthcare in Belgium. European Social Observatory. Brussels: 184.

Chauvin, P., N. Simonnot, C. Douay and F. Vanbiervliet (2014). L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité dans 27 villes de 10 pays. Rapport sur les données sociales et médicales recueillies en 2013 pays européens, en Turquie et au Canada, Médecins du Monde/Doctors of the World International Network,.

Colvin, C. J., S. Hodgins and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 8. Incentives and remuneration." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-25.

Corscadden, L., J. Levesque, V. Lewis, E. Strumpf, M. Breton and G. Russell (2018). "Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis." International journal for equity in health **17**(1): 1-10.

Crenshaw, K. (1989). "Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics." University of Chicago Legal Forum,: 139.

Crenshaw, K. (1991). "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color." Stanford Law Review **43**(6): 1241-1299.

Creswell, J. W. and C. N. Poth (2007). Qualitative inquiry and research method: Choosing among five approaches, Thousand Oaks, CA: Sage.

Crigler, L., K. Hill and R. Furth (2013). "Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix." Bethesda, MD: USAID Health Care Improvement Project.

Damio, G., M. Ferraro, K. London, R. Pérez-Escamilla and N. Wiggins (2017). "Addressing social determinants of health through community health workers: A call to action." Connecticut December: Hispanic Health Council Policy Brief. Hartford.

De Maeseneer, J. (2021). "COVID-19: using the crisis as an opportunity to strengthen Primary Health Care." Primary Health Care Research & Development **22**.

De Maeseneer, J., D. Li, B. Palsdottir, B. Mash, D. Aarendonk, A. Stavdal, S. Moosa, P. Decat, E. Kiguli-Malwadde and G. Ooms (2020). "Universal health coverage and primary health care: the 30 by 2030 campaign." Bulletin of the World Health Organization **98**(11): 812.

De Ridder, R. (2019). Goed Ziek: Hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen maken. Kalmthout, Van Halewyck.

Devos, C., A. Cordon, M. Lefèvre, C. Obyn, F. Renard, N. Bouckaert, S. Gerken and C. Maertens de Noordhout (2019). "De performantie van het Belgische gezondheidssysteem—rapport 2019." Health Services Research (HSR).

Dokters van de Wereld (2020). Relance voor het Belgische gezondheids- en zorgsysteem na COVID-19? Dokters van de Wereld. Brussel: 15.

Glenton, C., D. Javadi and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 5. Roles and tasks." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-16.

Haines, A., E. F. de Barros, A. Berlin, D. L. Heymann and M. J. Harris (2020). "National UK programme of community health workers for COVID-19 response." The Lancet **395**(10231): 1173-1175.

Hanson, K. (2022). "Introducing The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre." The Lancet Global Health **10**(1): e20-e21.

Harris, M., Y. Bhatti, J. Buckley and D. Sharma (2020). "Fast and frugal innovations in response to the COVID-19 pandemic." Nature Medicine: 1-4.

Harris, M. J. (2014). "We could all learn from Brazil's Family Health Program." BMJ: British Medical Journal (Online) **349**.

Hayhoe, B., T. E. Cowling, V. Pillutla, P. Garg, A. Majeed and M. Harris (2018). "Integrating a nationally scaled workforce of community health workers in primary care: a modelling study." Journal of the Royal Society of Medicine **111**(12): 453-461.

Hergenrather, K. C., S. D. Rhodes, C. A. Cowan, G. Bardhoshi and S. Pula (2009). "Photovoice as community-based participatory research: A qualitative review." American journal of health behavior **33**(6): 686-698.

Hodgins, S., M. Kok, D. Musoke, S. Lewin, L. Crigler, K. LeBan and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 1. Introduction: tensions confronting large-scale CHW programmes." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-21.

Huis voor gezondheid (2014). Bevraging Brussels werkveld toegang doelgroepen met migratie-achtergrond tot gezondheidszorg en zorgberoepen. Huis voor gezondheid. Brussel: 21.

Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste (2019). Synthèse van de IMA-studie: Sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid. IMA-AIM. Brussels.

Javanparast, S., A. Windle, T. Freeman and F. Baum (2018). "Community health worker programs to improve healthcare access and equity: are they only relevant to low-and middle-income countries?" International Journal of Health Policy and Management **7**(10): 943.

Khemani, S., S. Chaudhary and T. Scot (2020). "Strengthening public health systems: Policy ideas from a governance perspective." World Bank Policy Research Working Paper(9220).

Kok, M., L. Crigler, D. Musoke, M. Ballard, S. Hodgins and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 10. Programme performance and its assessment." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-14.

Kok, M. C., M. Dieleman, M. Taegtmeyer, J. E. Broerse, S. S. Kane, H. Ormel, M. M. Tijm and K. A. De Koning (2015). "Which intervention design factors influence performance of community health workers in low-and middle-income countries? A systematic review." Health policy and planning **30**(9): 1207-1227.

Kolb, B. (2008). Involving, sharing, analysing—Potential of the participatory photo interview. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research.

LeBan, K., M. Kok and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-19.

Lees, S., K. Kielmann, F. Cataldo and D. Gitau-Mburu (2012). "Understanding the linkages between informal and formal care for people living with HIV in sub-Saharan Africa." Global public health **7**(10): 1109-1119.

Levesque, J.-F., M. F. Harris and G. Russell (2013). "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations." International journal for equity in health **12**(1): 18.

Lewin, S., U. Lehmann and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 3. Programme governance." Health research policy and systems **19**(3): 1-12.

Lotta, G., C. Wenham, J. Nunes and D. N. Pimenta (2020). "Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil." Lancet (London, England) **396**(10248): 365.

Louart, S., E. Bonnet and V. Ridde (2020). "Is patient navigation a solution to the problem of leaving no one behind? A scoping review of evidence from low-income countries." Health Policy and Planning.

Masis, L., A. Gichaga, T. Zerayacob, C. Lu and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 4. Programme financing." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-17.

Mupara, L. M., J. J. Mogaka, W. R. Brieger and J. M. Tsoka-Gwegweni (2021). "Scorecard metrics for assessing the extent of integration of community health worker programmes into national health systems." African Journal of Primary Health Care & Family Medicine **13**(1): 14.

Musoke, D., E. Ekirapa-Kiracho, R. Ndejjo and A. George (2015). "Using photovoice to examine community level barriers affecting maternal health in rural Wakiso district, Uganda." Reproductive health matters **23**(45): 136-147.

Musoke, D., R. Ndejjo, E. Ekirapa-Kiracho and A. S. George (2016). "Supporting youth and community capacity through photovoice: Reflections on participatory research on maternal health in Wakiso district, Uganda." Global public health **11**(5-6): 683-698.

Najafizada, S. A. M., I. L. Bourgeault, R. Labonte, C. Packer and S. Torres (2015). "Community health workers in Canada and other high-income countries: A scoping review and research gaps." Canadian Journal of Public Health **106**(3): e157-e164.

Nepomnyashchiy, L., B. Dahn, R. Saykpah and M. Raghavan (2020). "COVID-19: Africa needs unprecedented attention to strengthen community health systems." The Lancet **396**(10245): 150-152.

OECD (2017). Belgium: Country Health Profile 2017. Series: State of Health in the EU. OECD Publishing and European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels.

OECD (2021). Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic. OECD: 22.

Onyango, D., E. Schatz and J. Lazarus (2017). "Nobody left behind: Taking a 'people-centred' approach to improving access to health care for underserved groups in Europe." Eurohealth, **23**: 23-27.

Pauwels, L. (2015). Visual Sociology and antropology. Antwerp, Universitat.

Peretz, P. J., N. Islam and L. A. Matiz (2020). "Community health workers and Covid-19—addressing social determinants of health in times of crisis and beyond." New England Journal of Medicine **383**(19): e108.

Perry, H., Ed. (2013). A Brief History of Community Health Worker Programs. Developing and Strengthening Community Health Worker Programs at Scale: A Reference Guide and Case Studies for Program Managers and Policymakers, USAID, MCHIP.

Perry, H. (2020). "Health for the people: National community health worker programs from Afghanistan to Zimbabwe." Washington DC: USAID.

Perry, H., R. Zulliger and M. Rogers (2014). "Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness." Annual review of public health **35**: 399-421.

Perry, H. B., M. Chowdhury, M. Were, K. LeBan, L. Crigler, S. Lewin, D. Musoke, M. Kok, K. Scott and M. Ballard (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 11. CHWs leading the way to "Health for All". " Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-21.

Perry, H. B. and S. Hodgins (2021). "Health for the people: past, current, and future contributions of national community health worker programs to achieving global health goals." Global Health: Science and Practice **9**(1): 1-9.

R. W. Aldridge, K. Miller, B. Jakubowski, L. Pereira, F. Fille and I. Noret (2017). Les laissés pour compte: L'échec de la couverture santé universelle en Europe. Rapport de l'Observatoire du Réseau européen pour réduire les vulnérabilités en santé. Médecins du Monde. London.

Raeymaeckers, P. (2022). Zorg voor je data - Informatiebrochure over gezondheidsdata. D. K. Boudewijnstichting. Brussel: 48.

RIZIV and Dokters van de Wereld (2014). Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Jo De Cock. Brussels, RIZIV: 18.

RIZIV and Médecins du Monde (2016). White paper on access to care in Belgium. J. De Cock. Avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles, NIHDI et Médecins du Monde,.

Rodela, K., N. Wiggins, K. Maes, T. Campos-Dominguez, V. Adewumi, P. Jewell and S. Mayfield-Johnson (2021). "The Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project: Engaging CHWs in Measurement to Sustain the Profession." Frontiers in Public Health **9**: 741.

Rondia, K., J. Adriaenssens, S. Van Den Broucke and L. Kohn (2019). Health literacy: what lessons can be learned from the experiences of other countries? Health Services Research, KCE Report 322. Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE). Brussels: 74.

Russell, G., M. Kunin, M. Harris, J.-F. Levesque, S. Descôteaux, C. Scott, V. Lewis, É. Dionne, J. Advocat and S. Dahrouge (2019). "Improving access to primary healthcare for vulnerable populations in Australia and Canada: protocol for a mixed-method evaluation of six complex interventions." BMJ open **9**(7): e027869.

Sacks, E., M. Morrow, W. T. Story, K. D. Shelley, D. Shanklin, M. Rahimtoola, A. Rosales, O. Ibe and E. Sarriot (2019). "Beyond the building blocks: integrating community roles into health systems frameworks to achieve health for all." BMJ global health **3**(Suppl 3): e001384.

Schleiff, M. J., I. Aitken, M. A. Alam, Z. A. Damtew and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 6. Recruitment, training, and continuing education." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-28.

Schneider, H., H. Hlophe and D. Van Rensburg (2008). "Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects." Health Policy and Planning **23**(3): 179-187.

Schneider, H. and U. Lehmann (2016). "From community health workers to community health systems: time to widen the horizon?" Health Systems & Reform **2**(2): 112-118.

Schneider, H., J. Olivier, M. Orgill, L. Brady, E. Whyte, J. Zulu, M. San Sebastian, A. George and T. C. Collective (2021). "The Multiple Lenses on the Community Health System: Implications for Policy, Practice and Research." International Journal of Health Policy and Management: -.

Simmel, G. (1950). The Stranger. The Sociology of Georg Simmel. Translated and edited by Kurt H. Wolff. New York, The Free Press: 402-408.

Simoni, J. M., K. Nelson, J. Franks, S. Yard and K. Lehavot (2011). "Are Peer Interventions for HIV efficacious? A systematic Review." AIDS and Behavior **15**: 1589-1595.

Singh et al. (2018). The Task Force on Global Advantage Report. The Arnhold Institute for Global Health.

Skopec, M., H. Issa and M. Harris (2019). "Delivering cost effective healthcare through reverse innovation." BMJ **367**.

Spooner, C., V. Lewis, C. Scott, S. Dahrouge, J. Haggerty, G. Russell, J.-F. Levesque, E. Dionne, N. Stocks and M. F. Harris (2021). "Improving access to primary health care: a cross-case comparison based on an a priori program theory." International Journal for Equity in Health **20**(1): 1-15.

Strauss, A. and J. Corbin (1998). Basic of qualitative research (second edition): techniques and procedures for developing grounded theory. London, Sage.

Thys, R. (2020). Kwetsbaarheid en Veerkracht in Brussel: Brusselse gezinnen met kinderen in precaire levensomstandigheden. Inclusief Brussel, Brussel Platform Armoede, CAW Brussel et al. Brussel: 224.

Timmermans, S. and I. Tavory (2012). "Theory construction in qualitative research: From grounded theory to abductive analysis." Sociological theory **30**(3): 167-186.

United Nations Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development. (2021). "Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages." Retrieved 17 december 2021, from <https://sdgs.un.org/goals/goal3>.

van Ginneken, N., S. Lewin and V. Berridge (2010). "The emergence of community health worker programmes in the late apartheid era in South Africa: An historical analysis." Social Science & Medicine **71**(6): 1110-1118.

Vanden Bossche, D., S. Lagaert, S. Willems and P. Decat (2021). "Community health workers as a strategy to tackle psychosocial suffering due to physical distancing: a randomized controlled trial." International journal of environmental research and public health **18**(6): 3097.

Vandenbroeck, P. and Braes T. (2020). Integrated community care for all: seven principles for care. Strategy paper to move ICC forward. Transnational Forum on Integrated Community Care. Brussels.

Westgate, C., D. Musoke, L. Crigler and H. B. Perry (2021). "Community health workers at the dawn of a new era: 7. Recent advances in supervision." Health Research Policy and Systems **19**(3): 1-18.

Wools-Kaloustian, K. K., J. E. Sidle, H. M. Selke, R. Vedanthan, E. K. Kemboi, L. J. Boit, V. T. Jebet, A. E. Carroll, W. M. Tierney and S. Kimaiyo (2009). "A model for extending antiretroviral care beyond the rural health centre." Journal of the International AIDS Society **12**(1): 22.

World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978,: 3.

World Health Organization (2016). Community health workers: a strategy to ensure access to primary health care services. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean: 35.

World Health Organization (2018). WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes, World Health Organization.

World Health Organization (2021). COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief. W. H. Organization. Geneva: 32.

World Health Organization. (2022). "Social Determinants of Health." 2022, from https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

Zulu, J. M. and H. B. Perry (2021). Community health workers at the dawn of a new era, Springer. **19**: 1-5.