

LES COMMUNITY HEALTH WORKERS EN BELGIQUE





Remerciements : les auteurs tiennent à remercier tous les Community Health Workers et coaches pour leur participation à l'étude. Ils tiennent également à remercier tous les coordinateurs du projet pour leur soutien à cette étude. Ils adressent également des remerciements particuliers à Jef Claeys qui a mis à disposition les données d'enregistrement quotidiennes et les a analysées pour ce rapport.

Cette étude a été réalisée à la demande du Collège Intermutualiste National (CIN) et de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI).

Auteurs : Caroline Masquillier et Edwin Wouters

Veuillez vous référer au rapport comme suit : Masquillier Caroline et Wouters Edwin (2023), Community health workers en Belgique – rapport 2022, Université d'Anvers : Anvers, 158 p., ISBN : 9789057287831

Illustration de couverture : Annelien Smet

Table des matières

I. Ir	roduction	4
1	Définition des Community Health Workers	5
2	Objectif du projet CHW	6
3	Description du rôle du CHW et du superviseur-coach	8
4	Système de suivi des signaux concernant les problèmes structurels d'accessibilité	
5	Les CHW à l'honneur	
, . , , ,	éthode	
". <i>1</i> 1	Consentement éthique	
	·	
2	Méthode	
	2.1. Atelier CHW-AIM	
	2.2. Volet recherche quantitative	18
3	Limites et points forts de l'étude	21
III.	ésultats	23
1	Résultats CHW-AIM	24
	1.1. Rôle et recrutement	24
	1.1.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles	35
	1.2. Formation	36
	1.2.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles	38
	1.3. Intégration dans la communauté	40
	1.3.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles	47
	1.4. Affiliation à des organisations de soins de santé et de bien-être	
	1.4.1. Liens de collaboration existants avec les acteurs de première ligne	
	1.4.2. Liens de collaboration existants avec les acteurs de bien-être	
	1.4.3. Défis et mesures d'atténuation potentielles	
	1.5. Matériel de soutien	
	4.5.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles	
	4.6. Données	
	4.6.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles	
	4.7. Supervision	
	4.7.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles	
	4.8. Indemnités	
	4.8.1. Dens et mesures à attenuation potentielles	
	4.9.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles	
	4.10. Possibilités de carrière	
	4.10.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles	
2	Résultats quantitatifs	75
_	2.1. Profil des CHW du projet CHW belge	
	2.2. Profil des bénéficiaires	
	2.3. Profil des coaches du projet CHW	
	2.4. Indicateurs	
	2.4.1. Indicateur #1 : Niveau de rémunération, avantages et promotion des CHW	79
	2.4.2. Indicateur #2 : Les CHW remplissent des rôles essentiels	81
	2.4.3. Indicateur #3 : Renvois facilités par les CHW	82

2.4	 Indicateur #4: Implication des CHW dans la prise de décision et la politique 	84
2.4	.5. Indicateur #5 : Intégration des CHW dans les équipes	85
2.4	.6. Indicateur #6 : Participants : santé physique, mentale et émotionnelle autodéclaré	ée90
2.4	.7. Indicateur #7 : Soins de santé et besoins sociaux des personnes soutenues par les	CHW90
2.4	.8. Indicateur #8 : Soutien social des personnes aidées par les CHW	91
2.4	.9. Indicateur #9 : Autonomisation des participants	91
2.4	.10. Indicateur #10 : Politique et changement de système (au niveau de l'employeur) .	91
2.4	.11. Indicateur #11 : Politique et changement de système (au niveau de l'État)	92
2.4	.12. Indicateur #12 : Supervision de soutien et de réflexion des CHW	92
Signa	ux et collaborations	97
1. Sig	naux	98
2. Co	llaborations dans le cadre du projet CHW	100
2.1.	Collaborations en 2022	101
2.1	.1. Concertation et coopération au niveau fédéral	101
2.1		
2.1	.3. Bruxelles	115
2.1	.4. Flandre	121
2.1.	Organisations et personnes déclarant avoir besoin des CHW	140
Discus	sion	141
1. Ate	elier <i>CHW-AIM</i> et résultats quantitatifs	142
1.1.	Rôle et recrutement	142
1.2.	Formation	144
1.3.	Intégration dans la communauté	145
1.4.	Affiliation à des organismes de soins de santé et d'aide sociale	146
1.5.	Matériel de support	148
1.6.	Données	148
1.7.	Supervision	149
1.8.	Rémunération	150
1.9.	Accréditation	151
1.10.	Opportunités de carrière	152
2. Co	nclusion	152
. Biblio	graphie	155
	J P	····· = 33

I. Introduction

La deuxième année du projet CHW (Community Health Worker), mis en œuvre par l'Institut National de Maladie-Invalidité (INAMI) et le Collège Intermutualiste National (CIN), a débuté en janvier 2022. Cette période a également été marquée par une cinquième vague de COVID-19 en Belgique. Tandis que l'on enregistrait une baisse du nombre d'infections, la guerre en Ukraine a commencé un peu moins de deux mois plus tard. Dans ce contexte en mutation caractérisé par l'assouplissement des mesures contre le COVID-19, mais aussi par l'afflux croissant de réfugiés ukrainiens, les CHW sont restés actifs en travaillant au plus près des populations et en s'adaptant avec souplesse à l'évolution du contexte local.

La structure de gouvernance et les quartiers dans lesquels les CHW étaient actifs sont restés identiques à ceux de la première année (cf. Masquillier, Cosaert et al. 2022). Pour soutenir les CHW dans leurs activités locales, le cadre fédéral global a continué à être élaboré. Ainsi, plusieurs groupes de travail portant sur un thème précis ont été mis en place afin de continuer à façonner le projet CHW sur base des enseignements tirés de la première année du projet (Masquillier, Cosaert et al. 2022). Plus précisément, les groupes de travail thématiques suivants ont été lancés : description du rôle ; ressources humaines ; visibilité ; indicateurs ; et outil d'enregistrement. Chaque groupe de travail était composé de plusieurs CHW, coaches et coordinateurs des trois régions – complétés dans certains groupes par un chercheur.

Dans le présent rapport, nous recensons les activités de la deuxième année du projet CHW. En collaboration avec les CHW, les coaches et les coordinateurs, nous évaluons qualitativement les défis de conception et de mise en œuvre. En outre, l'accent a été mis sur la formulation de propositions et sur la manière de relever ces défis en étant tourné vers l'avenir. Cette évaluation s'est appuyée sur la « matrice d'évaluation et d'amélioration des Community Health Workers (CHW AIM) : outils pour améliorer les programmes et services des CHW » (Ballard, Bonds et al. 2018). L'outil *CHW-AIM* a été développé en 2018 par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), la « Community Health Impact Coalition » et « Initiatives Inc » sur la base des découvertes scientifiques et des lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en vue de l'optimisation des programmes CHW dans le monde (World Health Organization 2018). Le volet recherche quantitative s'est basé sur les travaux du « Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project » aux États-Unis (Rodela, Wiggins et al. 2021). Les travaux de ces deux projets internationaux ont été adaptés au contexte belge.

Le premier chapitre de ce rapport donne au lecteur une définition plus précise des CHW, ainsi qu'un aperçu de leurs objectifs et rôles. Nous évoquerons ensuite la mise en place d'un système de suivi des signaux concernant les problèmes structurels d'accessibilité dans les soins de santé. Nous donnerons également un bref aperçu de l'attention que le projet a reçue dans la presse, lors de réunions avec les parties prenantes et dans le cadre de symposiums. Le deuxième chapitre examine de plus près les méthodes de recherche utilisées. Le troisième chapitre présente les résultats de l'atelier *CHW-AIM* ainsi que les résultats quantitatifs. Le quatrième chapitre illustre les signaux structurels que les CHW ont captés dans le cadre de leur fonction, ainsi que l'intérêt des différents partenaires de terrain et les collaborations existantes en 2022. Pour conclure ce rapport, une discussion qui se concentre sur lerapprochement des résultats *CHW-AIM* et de l'enquête quantitative.

1. Définition des Community Health Workers

Au niveau international, il existe une grande diversité de définitions des CHW (Olaniran, Smith et al. 2017, Afzal, Pariyo et al. 2021). Pour affiner la définition dans le contexte belge, une définition appropriée a été formulée en concertation avec les CHW, les coaches et les coordinateurs (cf. Encadré 1.1). Les travaux de « l'American Public Health Association (APHA) » (American Public Health Association 2014, The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project 2018) ont servi, à cet égard, de point de départ.

Encadré 1.1 : définition des CHW dans le projet CHW belge

CHW

Un Community Health Worker (CHW) aide à réduire les inégalités en matière de santé. Le CHW agit en première ligne et adopte une approche transculturelle¹. Il/elle est un membre de confiance de la communauté dans laquelle il/elle travaille, ou il/elle entretient des relations étroites avec celle-ci et possède de bonnes connaissances à son sujet. Grâce à cette relation de confiance, le CHW agit comme relais entre les services de santé et d'aide sociale et la communauté dans les quartiers vulnérables. Il facilite ainsi l'accès aux services et améliore la qualité du service. Le CHW élargit les connaissances sur la santé et l'autonomie. Il/elle renforce ainsi les capacités de l'individu et de la communauté. À cette fin, le CHW recourt à des activités telles que l'éducation à la santé, les conseils informels, le soutien social et la défense des intérêts. Le Community Health Worker sensibilise les professionnels de santé et de l'aide sociale à l'importance d'une communication appropriée. De plus, il/elle les informe des effets des déterminants sociaux² de la santé sur la vie des patients et sur les soins qui leur sont prodigués.

2. Objectif du projet CHW

¹ Dans cette définition, nous nous appuyons sur les travaux de Hoffman (2002) pour définir les caractéristiques d'une approche transculturelle : traiter les autres de manière égale ; être conscient de ses propres valeurs et normes, et de leur subjectivité ; être ouvert à d'autres significations et vouloir apprendre les uns des autres ; s'intéresser aux significations des autres, même si elles sont différentes ; se laisser guider dans sa vie quotidienne par les éléments d'autres cultures que l'on ressent comme positifs ; être conscient à la fois des similitudes et des différences ; aborder chaque personne en tant qu'individu et non en tant que membre d'un groupe ethnique particulier. Hoffman, E. (2002). Interculturele gespreksvoering: theorie en praktijk van het TOPOI model, Bohn Stafleu van Loghum.

² Les déterminants sociaux de la santé font référence « aux conditions dans lesquelles les personnes grandissent, résident, travaillent, vivent. [...] Les déterminants sociaux de la santé peuvent nous protéger contre les problèmes de santé (par exemple, peu de conflits pendant l'enfance, un filet de sécurité sociale, un logement sain, un bon voisinage), mais ils peuvent aussi simplement augmenter nos risques de problèmes de santé (par exemple, une enfance stressante, peu de personnes sur lesquelles se rabattre, un logement insalubre, un quartier dangereux,...). » Vlaams Instituut Gezondleven. (2022). "Sociale Determinaten van Gezondheid." from https://www.gezondleven.be/gezondheidsongelijkheid/sociale-determinanten-vangezondheid#:~:text=Wat%20zijn%20sociale%20determinanten%20van,belangrijke%20invloed%20uitoefenen%20op%20ge zondheid.

Sur la base des enseignements tirés de la première année, l'objectif du projet CHW a été affiné au cours de la deuxième année (cf. Encadré 1.2) :

Encadré 1.2 : objectif du projet CHW

Objectif

Améliorer l'accès aux soins de santé primaires pour les groupes vulnérables « mal desservis » dans les quartiers les plus pauvres grâce au déploiement de Community Health Workers qui font partie de la communauté dans laquelle ils travaillent, avec laquelle ils entretiennent une relation de confiance ou³ dont ils ont une bonne connaissance.

On entend par groupes vulnérables les personnes vivant à la croisée de différentes vulnérabilités qui sont étroitement liées et peuvent se renforcer mutuellement. En raison de la situation socialement vulnérable dans laquelle ils vivent, ils rencontrent divers obstacles dans l'accès aux soins de santé primaires, qui sont pour eux difficiles à atteindre (« hard to reach »).

Missions principales

- 1. Identifier les obstacles à l'accès aux soins et fournir un soutien adapté à chaque individu avec comme objectifs :
- a. encourager la reconnaissance par la personne elle-même de la nécessité des soins (par exemple, l'importance de la vaccination),
- b. aider la personne à identifier et à formuler clairement ses différents besoins et obstacles,
- c. aider les membres du groupe cible à surmonter ces obstacles tout au long du continuum d'accès aux soins
- 2. Fournir des informations sur le système de santé et aider à naviguer au sein de celui-ci.
- 3. Orienter les personnes vers les institutions de soins et d'aide sociale telles que le médecin généraliste, le dentiste, la mutualité, Kind en Gezin, etc.
- 4. Motiver, encourager et aider les groupes vulnérables à utiliser les services de santé en instillant la confiance, en offrant une oreille attentive, en rappelant les rendez-vous, en assurant un suivi des rendez-vous.
- 5. Renforcer la littératie en santé, tant au niveau individuel que collectif, en vue de prendre des décisions en matière de soins de santé et de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie, en mettant particulièrement l'accent sur les besoins consécutifs à la crise du COVID-19.

- 6. Signaler les problèmes structurels d'inégalité et d'accessibilité au sein des soins de santé primaires en détectant les problèmes à partir des témoignages et des demandes d'aide des personnes et en développant un réseau solide.
- 7. Défense des intérêts : informer et sensibiliser les professionnels de santé et de l'aide sociale sur les atouts de la communauté, et sur les défis et obstacles rencontrés par le groupe cible.

3. Description du rôle du CHW et du superviseur-coach

Au cours de la première année, l'ambiguïté des rôles a été identifiée comme l'un des défis majeurs (Masquillier, Cosaert et al. 2022). La deuxième année du projet s'est donc fortement concentrée sur la clarification des rôles du CHW et du superviseur-coach.. Ceci est en effet important pour plusieurs raisons : pour être en mesure de bien définir son travail en tant que CHW ; pour pouvoir communiquer avec d'autres acteurs et partenaires de terrain ; pour créer des attentes claires au sein du groupe cible ; pour permettre l'enregistrement dans l'outil en ligne ; et pour adapter la formation.

Description du rôle de CHW

Pour se concentrer sur ces rôles et pour les affiner, un groupe de travail composé de CHW, de coaches, de coordinateurs et d'un chercheur a été mis en place pour affiner les rôles des CHW. Il s'est appuyé sur les travaux du projet « The Community Health Worker Core Consensus (C3) » aux États-Unis, qui vise à « accroître la cohésion dans le domaine et à contribuer à la visibilité et à la compréhension du plein potentiel des CHW pour améliorer la santé, le développement communautaire et l'accès aux systèmes de soins ». (The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project 2018 : p. 6) En étroite collaboration avec les CHW, l'équipe américaine a formulé dix rôles essentiels pour les CHW (The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project 2018). Ces rôles ont été adaptés au contexte belge en concertation avec les CHW, les coaches, les coordinateurs et le chercheur belges. La version néerlandaise a également été relue par Heerlijk Helder, un service de l'une des mutualités qui veille à la clarté et à la simplicité du langage. Cet exercice s'est avéré très utile car une équipe a indiqué que le langage de description des rôles était trop complexe. Cette traduction dans le contexte belge des rôles du projet C3 a été renvoyée aux développeurs originaux aux États-Unis. Dans l'encadré 1.3, vous pouvez retrouver la description du rôles des CHW dans le projet CHW belge.

Cadre 1.3: Description du rôle des CHW

1. Créer des liens entre les individus, les communautés et les acteurs de santé

- a. Informer les individus et les communautés sur le fonctionnement du système de soins de santé et de bien-être et sur la manière de l'utiliser.
- b. En cas de référence à un professionnel de la santé ou de bien-être, aider les professionnels à mieux comprendre comment la personne perçoit la santé et vit le contact avec les soins de santé avec une attention particulière à l'importance d'une communication adaptée à la personne

c. Faciliter la communication entre la personne qui demande de l'aide et le professionnel de soins de santé ou de bien-être

2. Fournir des d'informations sur la santé adaptées à la culture

Fournir les informations nécessaires à:

- a. Aider les personnes à reconnaître leurs besoins en matière de santé, à mieux les comprendre et prendre en main leur situation de santé.
- **b.** Aider les organisations, les professionnels des soins de santé ou de l'aide sociale à adapter le style de communication aux caractéristiques et aux besoins spécifiques de la personne qui a une demande d'aide et de la communauté.

3. Navigation dans le système de soins de santé

- a. Orienter vers les organismes de soins de santé et d'aide sociale et assurer le suivi.
- b. Diminuer les obstacles à l'accès aux soins de santé primaires (par exemple liés à la mobilité, aux obstacles financiers, à la langue...).
- c. Documenter et maintenir les données au niveau individuel de la personne aidée.
- d. Informer les prestataires de soins et les employés des organisations locales (p. ex. CPAS
 ...) des atouts et des défis de la communauté en réponse à une demande individuelle de
 soutien.

4. Fournir un encadrement et un soutien social

- a. Fournir un soutien et un encadrement individuels
- b. Etablir une cartographie des offres de soins primaires et d'aide sociale dans la communauté et les mettre à la disposition des personnes vivant dans cette communauté afin qu'elles soient en mesure de se débrouiller seules en cas de besoin.
- c. Motiver et encourager les personnes à utiliser les services de soins de santé et autres services et, si nécessaire, assurer la première connexion pour leur permettre ensuite de poursuivre de manière autonome.
- d. Soutenir l'autonomie.
- e. Planifier et/ou diriger des interventions de groupe.

Défendre les individus et les communautés

- a. Défendre les besoins et la vision des communautés en matière de santé par le moyen de plaidoyer en vue d'un changement sociétal
- b. Capter des signaux tels que des barrières structurelles ou des lacunes dans l'organisation du système de santé par le suivi et en écoutant les personnes de la communauté et en créant un environnement sécuritaire pour que ces personnes puissent et osent exprimer leurs besoins et leurs préoccupations.
- c. Lors d' une demande individuelle de soutien, informer et sensibiliser les prestataires de soins et les employés des organisations locales (ex. CPAS,...) sur les barrières vécues par la communauté.

6. Développer la littératie de santé⁴ au niveau individuel et au niveau des groupes

- a. Renforcement de la littératie de santé individuelle
- renforcement de la littératie de santé des groupes (par exemple organiser ou animer des séances de groupe et des moments d'information sur des thèmes spécifiques adaptés au groupe cible, par exemple sur le diabète ou la vaccination)
- c. Échange d'expériences et renforcement des compétences individuelles entre CHW.

7. Travail de proximité

- a. Rendre visite aux personnes vulnérables dans leur propre environnement et offrir de l'aide et du soutien pro-actif en vue d'améliorer leur santé et leur bien-être.
- b. Assurer le suivi des rencontres avec les personnes, les familles et les groupes dans le domaine de la santé et du bien-être.
- c. Communiquer le rôle du CHW aux agences locales et lors des événements dans les communautés
- d. Développer un réseau et des ressources auxquels on peut faire appel pour bien faire le travail de proximité

8. Participer à l'évaluation et à la recherche

- a. Participer à l'évaluation des services des CHW.
- b. Participer à l'évaluation du projet et à la recherche :
- o Collecte et interprétation des données,
- o Echange des résultats et des conclusions.

Les rôles d'un superviseur-coach

Un superviseur de chaque région a contribué à l'élaboration de la description de son rôle. L'une d'entre elles est partie d'une réflexion basée sur les rôles des CHW, combinée à l'expérience pratique. Sur cette base, les rôles ci-dessous ont été développés (cf. encadré 1.4). Dans la suite de ce rapport, nous utilisons le terme « coach » pour désigner les rôles de superviseur-coach décrits ci-dessous.

Cadre 1.4 : rôles de superviseur-coach

Construire et entretenir le réseau :

- a. Établit des contacts avec le réseau de santé et de soins de la commune/ville pour faire connaître l'opération CHW
- b. Développe les interactions entre les différents acteurs pour assurer une bonne coopération
- c. Entretient de bonnes relations professionnelles avec tous les acteurs du domaine

2 Diriger:

- a. Crée le cadre et définit la direction dans la commune/ville conformément à l'objectif du CHW.
- Fournir un environnement de travail sûr qui permet au CHW d'assumer pleinement son rôle de soutien.
- c. Suit le fonctionnement de chaque CHW sur le terrain et fait des ajustements si nécessaire
- d. S'assure que l'enregistrement est correctement appliqué et effectue des ajustements si nécessaire.

Coaching:

- Renforce les connaissances des CHW dans l'orientation vers les prestataires de soins adaptés.
- b. Favorise l'échange d'expériences au sein de l'équipe
- c. Motive et soutient le CHW dans l'exercice de son rôle.
- d. Contribuer à l'organisation et à la planification de la formation des CHW.

e. Supervise/observe les CHW sur le terrain afin de fournir un retour positif et d'aborder les points à améliorer.

Développement du projet :

- a. Participe à l'amélioration/développement d'outils/procédures pour optimiser le travail des CHW (enregistrement, communication, outils, ...)
- Poursuit de manière proactive la mise en œuvre des outils/procédures en cours de développement
- c. Participe à divers groupes de travail
- d. Fournit des informations du terrain à la direction du projet et aux collègues superviseurs/coaches.
- e. Identifie les obstacles structurels à la gestion de projet et les partenaires afin d'aider à trouver des solutions
- f. Participer à des travaux de recherche

Gestion du personnel :

- a. Gestion d'équipe (planification du travail, demande de matériel, ...)
- b. Support RH (dossiers de performance, congés, maladies, dépenses, ...)
- c. Évaluation des membres de l'équipe par le biais d'entretiens individuels
- d. Participer à la sélection des nouveaux membres de l'équipe

4. Système de suivi des signaux concernant les problèmes structurels d'accessibilité

L'un des défis de la première année du projet consistait en l'absence d'approche structurée et uniforme pour communiquer et suivre les signaux concernant les obstacles structurels à l'accès aux soins de santé (Masquillier, Cosaert et al. 2022). Au cours de leur travail quotidien, les CHW perçoivent des signaux importants de plusieurs manières : directement auprès des personnes qui y sont confrontées ; en constatant eux-même les imperfections dans l'organisation du système ; et par l'intermédiaire d'organisations partenaires (Eerstelijnszone Gent 2022).

Ainsi, au cours de la première moitié de la deuxième année du projet, des mesures ont été prises pour examiner comment le projet pourrait traiter ces signaux stratégiques de manière plus structurée. En guise de préparation, une réunion a été organisée avec des membres du « Werkgroep Signalen Gent » (groupe de travail Signaux Gand) concernant leur travail avec l'ensemble des signaux. Sur la base des travaux de ce groupe de travail (Eerstelijnszone Gent 2022), une stratégie a été développée pour recueillir les signaux des CHW et des coaches. Un signal structurel a été défini dans ce projet – sur la base des travaux du « Werkgroep Signalen Gent » – comme « un problème, une carence et/ou un besoin qui se présente régulièrement au sein du groupe cible et des secteurs connexes et qui revêt une composante structurelle ». Ce n'est que lorsqu'un signal a entièrement suivi la procédure décrite ci-dessous qu'il est qualifié de « signal structurel ». Un signal structurel doit être clair, neutre, reconnu et partagé.

Figure 1.1 : suivi des signaux concernant les problèmes structurels d'accessibilité



Une approche structurelle a été mise en place dans un groupe de travail composé de CHW, de coaches, de coordinateurs et d'un enquêteur – inspiré du « Werkgroep Signalen Gent ». La figure 1.1 illustre ce *processus*, expliqué plus en détail dans l'encadré 1.5. Vous trouverez les premiers résultats de cet exercice au chapitre IV. Cette stratégie est en pleine phase d'essai et n'en est donc qu'à ses débuts. En 2023, cette politique de signaux structurels sera encore affinée.

Encadré 1.5 : explication du processus de saisie et de suivi des signaux structurels

Étape	Processus	Exécutant
Observer un signal	Sur la base de ses expériences et observations sur le terrain, un CHW peut juger pertinent de pointer un obstacle structurel à l'accès aux soins de santé.	CHW
Recueillir et discuter	Le CHW discute de cette situation avec son coach et son équipe lors d'une réunion. La discussion des signaux est mise à l'ordre du jour toutes les deux semaines par le coach. Si la situation présentée est récurrente et comprend une composante structurelle, le coach décide d'enregistrer officiellement le signal.	
Enregistrer	Le coach utilise un formulaire pour signaler le problème structurel. Il peut également émettre des propositions d'actions à entreprendre. Un formulaire en ligne a été conçu à cet effet, que le coach peut remplir. Ce formulaire a été testé par certains CHW et amélioré, et comprend les rubriques suivantes: Nom; E-mail; Numéro de téléphone; Région; Quartier; Quel signal signaler?; Signal concernant le bénéficiaire ou l'employé CHW?; Où et comment ce signal a-t-il été capté?; Implication d'une autre organisation?; Avec qui travaillons-nous régulièrement?; Est-ce une partie du problème ou de la solution? Solutions possibles?	Coach

Regrouper et demander des éclaircissements	Les coordinateurs régionaux regroupent tous les signaux pour leur région et effectuent une première analyse par signal. Si nécessaire, ils demandent des éclaircissements au coach.	Coordinateurs régionaux
Analyser	Les coordinateurs régionaux, en collaboration avec le coordinateur fédéral, analysent les signaux à intervalles réguliers. Selon la situation, ils peuvent demander des éclaircissements sur le signal. Le coordinateur régional concerné est chargé de demander au coach initiateur toute clarification. Les signaux structurels ne sont pas toujours à ce point nuancés et clairs que l'on sache immédiatement comment intervenir. Souvent, un signal structurel nécessite une « précision » supplémentaire avant de déterminer clairement quelle action peut être nécessaire et/ou réalisable. L'analyse décrit au mieux le problème et la situation/le contexte : Quel est le problème ? ; Pour qui est-ce un problème ?; Quelles organisations y travaillent déjà ? ; Quels sont les facteurs qui influencent, voire déterminent, ce signal ? Que sait-on de l'ampleur, de la répartition, de la diversité, de la gravité du signal ? ; Quelles sont les causes et les conséquences possibles ? ; Quelles données sont connues sur ce signal ? ; Qui peut-on consulter par rapport au signal pour l'explorer plus avant ? Le résultat final de l'analyse est une réponse par signal aux questions ci-dessus et le positionnement actuel des acteurs impliqués sur le signal de fond.	Coordinateurs fédéraux et régionaux
Décision d'agir	Avec le coordinateur fédéral, les coordinateurs régionaux établissent un plan d'approche en collaboration avec les autres personnes concernées pour suivre chaque signal et enregistrer les actions à entreprendre dans ce contexte. Les questions suivantes sont abordées après présentation du signal structurel et de son analyse: - Tous les partenaires/acteurs concernés sont-ils connus? - Quelles sont les recommandations possibles sur ce qui peut/devrait être fait? - L'objectif de l'action est-il clair? - Existe-t-il un large soutien (politique, etc.)? - L'action est-elle souhaitable et réalisable? - Les objectifs, les moyens et les résultats escomptés sont-ils cohérents? - Les ressources nécessaires sont-elles disponibles?	fédéraux et

	 Existe-t-il de bons accords avec les partenaires de coopération ? Les données doivent-elles être enregistrées à l'avance en vue d'une évaluation ultérieure ? Etc. 	
Action !	Le coordinateur fédéral centralise et coordonne les actions et est responsable des actions interrégionales ; les coordinateurs régionaux sont responsables de la mise en œuvre des actions qui se situent au niveau de leur région.	
Recevoir et donner un feed- back	Chaque coordinateur régional fournit un retour d'information sur l'état de tous les signaux et le fait de manière interrégionale, certainement aux coaches et aux CHW, mais aussi à tous les acteurs/organisations qui ont fourni le signal ou qui sont impliqués d'une quelconque manière.	Coordinateurs régional

5. Les CHW à l'honneur

Journée d'étude CHW du 12 octobre 2022

Le projet CHW a été présenté en détail lors du symposium CHW organisé le 12.10.2022 dans les locaux de l'INAMI. M. Michael Daubie a donné le coup d'envoi de cette journée en inscrivant le projet CHW dans le cadre plus large du livre blanc sur l'accessibilité des soins de santé en Belgique. Le Dr Caroline Masquillier a ensuite résumé les résultats de l'étude 2021 et a fait le lien avec 2022. Les CHW ont alors pris la parole et brièvement présenté leur travail de terrain donnant aux participants un aperçu de la manière dont il se déroule. Les CHW ont pour ce faire eu recours à des présentations, à des vidéos et à divers cas concrets issus de leur pratique quotidienne. D'autre part, un premier aperçu a été donné sur les données collectées par les CHW grâce à l'outil d'enregistrement. Des membres de « Médecins du Monde », de la « Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg & Tuberculose bestrijding (VRGT) » (association flamande pour les soins respiratoires et la luttre contre la tuberculose), des « Médiateurs interculturels », des « Experts du vécu » et un représentant du projet CHW ont participé à une table ronde sur l'accessibilité des soins de santé en Belgique. Dans son allocution, le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Frank Vandenbroucke, a souligné le message des membres du panel sur l'importance de la « travailler ensemble ». Lors de son intervention, le ministre a exprimé sa considération et son soutien à l'égard du projet CHW. Il a également attiré l'attention sur l'importance d'examiner comment les CHW peuvent occuper une place durable dans le paysage belge des soins de santé afin de continuer à atteindre les personnes qui passent entre les mailles du filet du système de santé. La journée a été clôturée par M. Luc van Gorp, président du CIN, qui a mis en avant la valeur ajoutée des CHW dans notre paysage de la santé et du bien-être.

Participation à des conférences

Les CHW ont été invités à faire connaître leur missions à différents moments. Début février, une des CHW a présenté son travail en lien avec sa propre expérience de vie lors d'une « séance d'inspiration Littératie en santé » organisée par la ville de Gand (24.02.2022). Le 27.04.2022, l'un des coordinateurs

a expliqué le projet CHW lors de l'atelier Cross Talks sur le thème « Comment les initiatives locales renforcent-elles les objectifs de santé fédéraux ? » – une initiative de l'Université libre de Bruxelles. Lors de l'événement du réseau VIVEL à Malines pour les conseils de soins, un CHW, un coach et un coordinateur ont représenté le projet CHW (07.05.2022). Dans le cadre du séminaire « Migration and Health: race and ethnicity in the health sector » de l'Institut de Médecine Tropicale et de l'Université d'Anvers, l'un des CHW a illustré son travail lors d'une présentation (02.06.2022). Un CHW et un coordinateur flamand ont participé à une table ronde suite à la projection d'un documentaire sur les CHW au Salvador (28.06.2022) sur la manière d'élargir les connaissances en matière de santé des personnes vivant dans la précarité. D'autre part, en collaboration avec l'Université de Gand, les « Gezondheitsgiden » (guide de santé) de Gand, l'Université d'Anvers et le projet CHW, un atelier a été organisé dans le cadre d'un congrès du « Forum européen des soins primaires » et a été intitulé « Community health workers, pioneers of integrated community care » (26.09.2022). En octobre, un CHW a illustré son travail dans un cours adressé à la troisième année de baccalauréat en médecine de l'Université d'Anvers (04.10.2022). Le 15.11.2022, deux CHW et un coordinateur flamand ont participé à un atelier à Alost lors d'une journée thématique pour étudiants infirmiers, exposant d'abord le projet CHW puis entamant un dialogue avec les étudiants sur l'accessibilité des soins. Le 24.11.2022, des membres du projet CHW étaient également présents avec un stand d'information pendant le déjeuner du réseau lors de la journée d'étude intermutualiste « Soins ciblés ».

Les CHW dans la presse et les publications

Outre le symposium et les différentes opportunités de faire connaître le projet CHW à un large public, les CHW ont également retenu l'attention de la presse : <u>De Standaard</u> ; <u>De Morgen</u> ; Metro ; <u>Alter Echos</u> ; <u>Visie.net</u> ; <u>Universiteit van Vlaanderen</u> ; et <u>EOS</u>. De plus, une <u>tribune libre</u> a également été publiée avec une réflexion sur l'importance d'une vision politique à long terme et d'un financement durable pour développer avec succès le projet CHW.

II. Méthode

1. Consentement éthique

Un avis positif a été obtenu pour le dossier soumis au Comité consultatif d'éthique pour les sciences sociales et humaines (EASHW) de l'Université d'Anvers (Uantwerp) en ce qui concerne les activités de recherche de la deuxième année du projet (SHW_21_55 (MODIFICATION)).

2. Méthode

L'évaluation qualitative et quantitative du projet CHW est au cœur du rapport de la deuxième année. Dans un premier temps, nous examinons l'évaluation qualitative basée sur la « matrice d'évaluation et d'amélioration des CHW : outils pour améliorer les programmes et services des CHW » (Ballard, Bonds et al. 2018). Nous présentons ensuite une vue d'ensemble du projet à l'aide d'indicateurs quantitatifs – sur la base du « Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project » aux États-Unis (Rodela, Wiggins et al. 2021).

2.1. Atelier CHW-AIM

En accord avec la littérature universitaire, un atelier a été organisé à la fin de la première moitié de la deuxième année du projet. Cet atelier était basé sur la « matrice d'évaluation et d'amélioration des Community Health Workers (CHW AIM) : outils pour améliorer les programmes et services des CHW » (Ballard, Bonds et al. 2018). Ce modèle a été développé en 2018 par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), la « Community Health Impact Coalition » et « Initiatives Inc » sur la base des découvertes scientifiques et des directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en vue de l'optimisation des programmes CHW dans le monde (World Health Organization 2018). L'outil *CHW AIM* constitue une base d'évaluation des programmes CHW en dix thèmes : (1) rôle et recrutement ; (2) formation ; (3) accréditation ; (4) outils ; (5) supervision ; (6) indemnisation ; (7) participation communautaire ; (8) opportunités de carrière ; (9) données ; et (10) lien avec le système national de santé. *CHW AIM* a déjà été utilisé par les ministères de la santé du Kenya et de la Sierra Leone, ainsi que par l'unité de santé infantile et communautaire de l'UNICEF comme base d'évaluation des systèmes CHW dans sept pays (Bangladesh, République démocratique du Congo, Haïti, Kenya, Liberia, Mali et Ouganda).

En guise de préparation à cet atelier *CHW-AIM*, un questionnaire a été envoyé à toutes les équipes du projet CHW belge (phase 1). Les réponses ont été ensuite analysées (phase 2) et intégrées à l'atelier proprement dit (phase 3).

Phase 1. Questionnaire préparatoire

Pour préparer l'atelier, un questionnaire a été élaboré autour des dix thèmes cités plus haut, comme prévu par l'outil *CHW-AIM*. Les questions ouvertes de ce questionnaire mesurent les activités en cours, mais aussi la vision d'avenir de chacun par rapport aux dix thèmes ci-dessus. Après avoir rédigé ce questionnaire, celui-ci a été testé et ajusté en fonction des retours de différents CHW et coaches. Par la suite, tous les coaches et coordinateurs ont été invités à une présentation du questionnaire qui a donné lieu à une discussion sur les questions proposées. Les commentaires relatifs aux questions ont été traités avant d'envoyer la version finale à tous les coaches. Il a été souligné qu'il ne s'agissait pas

d'une évaluation individuelle des CHW ou des coaches, mais d'un exercice consistant à déterminer les points forts du projet CHW et les points sujets à amélioration. Il a été demandé aux coaches de transmettre le questionnaire aux CHW de l'équipe en vue de la discussion commune, afin que les CHW puissent se préparer pour celle-ci. Ensuite, chaque coach a discuté des questions avec tous les CHW de son équipe. Après avoir répondu au questionnaire avec les CHW de leur équipe, les coaches ont été invités à faire relire les réponses par tous les CHW de l'équipe concernée pour obtenir un retour d'information, afin que les réponses soient soutenues par tous. Si les CHW et les coaches ont accepté d'utiliser ces informations pour l'étude, ils ont renvoyé le questionnaire rempli à l'enquêteur. Deux équipes ont partiellement dérogé à cette procédure. Le coach étant absent dans une équipe, les CHW ont d'abord répondu aux questions séparément, après quoi celles-ci ont été rassemblées par un coordinateur local de la ville concernée. Ces réponses regroupées ont ensuite été discutées en équipe et transmises. Dans une autre équipe, certains sujets ont été discutés collectivement par l'ensemble de l'équipe, par paires ou individuellement en raison de contraintes de temps.

Phase 2. Analyse des réponses au questionnaire

Les réponses aux questions ont été traitées de manière anonyme. Les réponses ont été dissociées de l'adresse e-mail à partir de laquelle elles ont été envoyées. Seule la région a été conservée pour assurer un anonymat maximal. Étant donné qu'il existe plusieurs équipes par région et que les personnes ont été invitées à répondre de manière anonyme, les réponses ne peuvent pas être attribuées à des équipes individuelles ou à des participants individuels. Si certains éléments de réponse faisaient malgré tout référence à une équipe spécifique, ces données ont été supprimées lors du traitement.

Phase 3. Atelier

21 personnes ont participé à l'atelier : 12 CHW, au moins un CHW de chaque ville ; six coaches répartis entre les régions ; deux coordinateurs ; et une personne du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP) avec lequel toutes les équipes de Wallonie et de la communauté germanophone collaborent étroitement.

Cet atelier a impliqué les CHW, les coaches CHW et les coordinateurs régionaux afin d'identifier les problèmes de conception et d'implémentation et de formuler des propositions sur la manière de les aborder à l'avenir. Ils ont discuté des dix thèmes en petits groupes, puis ont fait part de leurs réactions en séance plénière. Au cours de ces moments de feed-back, des enregistrements audio ont été réalisés et des notes ont été prises par des personnes ayant signé un accord de confidentialité. En outre, une traduction simultanée professionnelle a été assurée pendant l'atelier pour faciliter les échanges entre les régions. Ces traducteurs ont également signé une déclaration de confidentialité. Les notes et l'enregistrement audio ont servi de base à l'analyse des résultats.

2.2. Volet recherche quantitative

Le volet de recherche quantitative s'est appuyé sur les travaux du « Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project » aux États-Unis (Rodela, Wiggins et al. 2021). Les programmes CHW sont actifs aux États-Unis depuis les années 1950. Ils y sont cependant souvent très fragmentés (American Public Health Association 2014, Perry and Hodgins 2021). Le « CHW Common Indicators Project » tente de remédier au manque d'indicateurs standardisés pour ces divers programmes CHW aux États-

Unis (Rodela, Wiggins et al. 2021). En étroite collaboration avec le groupe de travail CHW du « Centre for Disease Control », les enquêteurs se sont attelés à l'élaboration d'une liste d'indicateurs. Ils se sont également appuyés sur la littérature et ont impliqué différents acteurs dans leur projet. L'implication étroite des CHW tout au long de ce processus était au cœur du « CHW Common Indicators Project » (Rodela, Wiggins et al. 2021). Douze indicateurs importants pour le suivi et le recensement des projets CHW ont été identifiés : (1) Niveau de rémunération, avantages et promotion des CHW; (2) Application des 10 rôles principaux par les CHW; (3) Orientations facilitées par les CHW; (4) Implication des CHW dans la prise de décision et la politique; (5) Intégration des CHW dans les équipes (par exemple, les équipes de soins); (6) Auto-évaluation de la santé physique, mentale et émotionnelle des participants; (7) Besoins sanitaires et sociaux des participants; (8) Aide sociale au profit des participants; (9) Autonomisation des participants; (10) Changement de politique et de système : niveau programme/employeur; (11) Changement de politique et de système : niveau de l'État; (12) Surveillance de soutien et suivi réfléchi des CHW (Rodela, Wiggins et al. 2021).

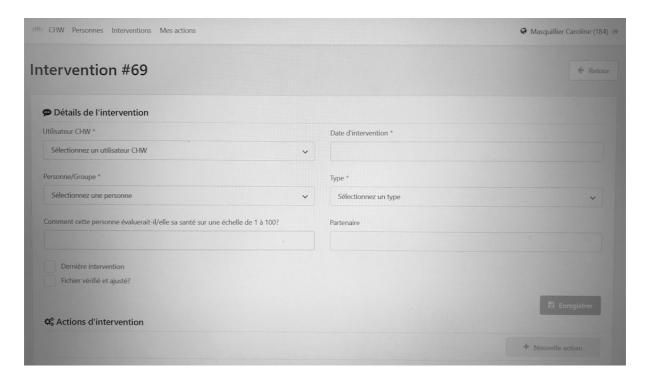
En concertation avec les CHW, les coaches et les coordinateurs du projet CHW belge, le questionnaire des collègues américains a été adapté au contexte belge lors de plusieurs cycles d'itération de ce groupe de travail. Une traduction a également été assurée en néerlandais et en français. Pour rendre ces indicateurs opérationnels dans le projet belge, différentes sources de données ont été utilisées : l'outil d'enregistrement des CHW qui leur permet de suivre leurs activités quotidiennes ; un questionnaire à l'attention des CHW; un questionnaire à l'attention des coaches ; une question adressée aux décideurs politiques ; et un questionnaire à l'attention de l'employeur et des RH. Les enseignements tirés de cette transposition ont été retransmis à l'équipe américaine afin que ce travail puisse contribuer à l'amélioration des indicateurs internationaux pour les CHW.

Outil d'enregistrement des CHW

Sur la base des recommandations du rapport de la première année (Masquillier, Cosaert et al. 2022), l'accent a été mis sur le développement d'un outil d'enregistrement adapté aux CHW (cf. Figure 2.1). C'est ainsi qu'un outil d'enregistrement a été développé en concertation avec les CHW, les coaches, les coordinateurs et les chercheurs. Cet outil comprend trois volets. Le premier concerne la « fiche personnelle », sur laquelle le CHW peut donner un pseudonyme à la personne qu'il assiste, ou en cas d'accord, son nom. Par ailleurs, d'autres données sociodémographiques et socio-économiques peuvent également être complétées avec l'accord du bénéficiaire, notamment : genre ; date de naissance; nationalité; langue; adresse; situation médicale; niveau de revenu; statut juridique; conditions de vie ; niveau d'éducation ; réseau social et obstacles rencontrés pour accéder aux soins. En plus de la « fiche personnelle », l'outil d'enregistrement comprend également une « fiche intervention ». Dans cette fiche, le CHW peut créer un nouveau contact avec la personne aidée. Le CHW peut indiquer s'il s'agit d'un contact individuel ou collectif, ainsi que le type de contact qui a été effectué (ex. contact dans la rue, permanence, visite à domicile ou contact téléphonique). Pour chaque intervention, différentes actions peuvent être indiquées – dans le troisième volet « Actions » de l'outil d'enregistrement. Dans le volet « Actions », les rôles des CHW, tels que mentionnés au chapitre I, occupent une place centrale. D'autre part, les CHW peuvent indiquer à quel prestataire de soins ou travailleur social l'action est liée. Ils peuvent également sélectionner les obstacles perçus par le bénéficiaire et indiquer si cette action était une réussite du point de vue du CHW. Parce qu'il n'est pas toujours possible d'enregistrer les données immédiatement dans l'application en ligne, une version

papier de cet outil a également été réalisée. Les coordinateurs indiquent que certains CHW utilisent très souvent cette version papier pour faciliter leur enregistrement, tandis que d'autres ne le font pas.

Figure 2.1: représentation de l'outil d'enregistrement des CHW



Questionnaire CHW, coaches, employeur, politique et RH

Des sources de données supplémentaires ont été utilisées pour opérationnaliser les indicateurs qui n'ont pas été enregistres dans l'outil d'enregistrement quotidien. De même, une question a été envoyée aux décideurs politiques concernant la mention des CHW dans les textes politiques et l'employeur et les services RH ont également reçu quelques questions concernant, entre autres, la formation et la rémunération. De plus, une enquête ponctuelle a été envoyée aux CHW et coaches individuels. Le programme « Qualtrics », créé via un compte par le délégué à la protection des données de l'Université d'Anvers spécialement pour ce projet, a été utilisé à cette fin. Ce compte dispose d'une adresse e-mail et d'un mot de passe propres et n'est accessible qu'aux personnes impliquées dans la rédaction et l'administration du questionnaire. Lors de l'envoi du lien vers le questionnaire, protégé par un mot de passe, un formulaire d'information a également été envoyé en néerlandais et en français. En cliquant sur le lien « Qualtrics », l'utilisateur est d'abord invité à signer le formulaire de consentement. Si une personne n'a pas accepté les termes et conditions, elle ne peut pas remplir le questionnaire. Il a été souligné que la non-participation à l'enquête n'avait aucune conséquence pour les CHW et les coaches. De plus, tant le formulaire d'information que le formulaire de consentement ont souligné que les répondants avaient le droit de se retirer de l'enquête à tout moment, sans aucune conséquence. D'autre part, on a insisté sur la confidentialité de l'enquête ainsi que sur le stockage sûr des données. À la fin du questionnaire, les participants ont pu faire part de leurs commentaires. Quelques répondants ont ainsi formulé des suggestions précises pour optimiser certaines questions ou réponses, par exemple : la réponse « Je ne sais pas » n'est pas disponible. De plus, plusieurs répondants ont fait part des réflexions suivantes : "Merci à vous, en espérant pouvoir continuer à exercer ce métier nouveau que nous défendons chaque jour, et qui aide un maximum de

personnes qui ont besoin de nous »; « Merci à vous, en espérant que le projet continue. On peut voir que le travail de terrain et de proximité paye et aide les publics précaires »; et « J'espère que les autorités agiront sur la base des faits de ce questionnaire. »

Analyse

Pour l'analyse des données d'enregistrement quotidiennes, nous avons collaboré avec Jef Claeys, qui a co-développé l'outil d'enregistrement dans le cadre du projet CHW. Il a analysé les données dans l'outil d'enregistrement quotidien et les a mises à disposition pour le rapport. L'analyse des enquêtes ponctuelles a été réalisée par les chercheurs de ce rapport. À cet effet, des analyses descriptives ont été réalisées à l'aide du programme « SPSS » .

3. Limites et points forts de l'étude

Pour cadrer les résultats, nous décrivons tout d'abord les limites de cette étude. Premièrement, les coaches ont discuté des questions avec les CHW de leur équipe (cf. phase 1). Étant donné que les CHW de ces équipes travaillent ensemble depuis un certain temps et organisent des moments d'intervision, il règne un climat de confiance qui favorise les réponses ouvertes et honnêtes. Cependant, cette méthode peut également présenter des inconvénients et peut empêcher certains CHW de communiquer ouvertement. Deuxièmement, l'atelier a eu lieu à la moitié de la deuxième année du projet, en vue de formuler des propositions d'amélioration qui pourraient être partiellement mises en œuvre dans la seconde moitié de l'année. Cela a toutefois pour inconvénient que les nouvelles expériences acquises au cours de la seconde moitié de la deuxième année du projet ont été moins prises en compte dans cette évaluation. La collecte de données quantitatives à la fin de la deuxième année du projet permet de compenser en partie cette limite. Troisièmement, cet atelier porte sur l'auto-évaluation et l'auto-rapportage, ce qui peut également fausser les résultats. Quatrièmement, en ce qui concerne l'atelier, nous avons appris qu'il est très utile de réunir les CHW, les coaches et les coordinateurs pour réfléchir sur le fonctionnement actuel et examiner comment l'optimiser. Toutefois, il aurait été préférable d'organiser plus d'une journée d'atelier ou d'aborder moins de sujets afin de laisser plus de temps pour le feed-back. . Un CHW a également indiqué qu'il est important d'adapter davantage la langue à celle des CHW, pour qui le français ou le néerlandais n'est pas nécessairement la langue maternelle. L'outil d'enregistrement proprement dit a présenté encore quelques défis, notamment la connexion VPN parfois difficile pour accéder à l'outil ainsi que le manque de clarté de certaines questions. La mise en œuvre uniforme de l'outil dans les différentes équipes s'est également avérée être un défi, auquel il convient d'accorder une plus grande attention au cours de la troisième année. Bien que l'enquête ait été élaborée en concertation avec les CHW et les coaches, les chercheurs ont également reçu des commentaires concernant l'amélioration de ce questionnaire quantitatif.

Outre les limites, il convient également de souligner les points forts de cette étude. Ce rapport fonctionne avecla matrice *CHW-AIM*. Comme les auteurs de la matrice *CHW-AIM* l'indiquent, ce travail s'appuie sur la littérature actuelle « de pointe » concernant les programmes CHW, y compris sur les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (World Health Organization 2018). Cela favorise l'alignement entre les programmes CHW et ces connaissances « de pointe » (Ballard, Bonds et al. 2018). L'outil *CHW-AIM* est soutenu par divers organismes de financement ainsi que par des « norm setting agencies » (agence de normalisation), et a été associé à une meilleure

performance des programmes CHW (Furth and Crigler 2012). De plus, tous les CHW, coaches et coordinateurs ont été impliqués dans l'évaluation. La réunion de ces différents acteurs de toutes les régions assure une vision plus équilibrée du projet CHW, de ses points forts et des points sujets à amélioration. Par ailleurs, le volet quantitatif s'est appuyé sur l'expertise du « CHW Common Indicators Project » aux États-Unis. En concertation avec les CHW, les coaches et les coordinateurs, ce questionnaire a été adapté au contexte belge. Ensuite, tous les CHW du projet CHW belge ont été interrogés. Cette adaptation au contexte belge a également été partagée avec les chercheurs du « CHW Common Indicators Project » aux États-Unis. De cette manière, cette étude contribue également à la poursuite du développement des indicateurs CHW internationaux. Étant donné que tous les CHW et coaches ont eu la possibilité de répondre à l'enquête, on obtient une image étayée du projet CHW au cours de la deuxième année.

III. Résultats

1. Résultats CHW-AIM

Dans ce chapitre, nous décrivons les résultats du questionnaire et de l'atelier *CHW-AIM* qui, outre les défis liés à la conception et à la mise en œuvre, suggèrent des mesures d'atténuation liées à dix thèmes.

1.1. Rôle et recrutement

Toutes les équipes ont indiqué que la nouvelle description du rôle (cf. chapitre I) était claire et utile pour affiner et préciser le rôle du CHW. Un coach flamand a commenté : « Je suis très heureux de la formulation des rôles d'un CHW! Cela me donne, en tant que coach, un cadre pour rendre les limites et les délimitations plus claires. Un cadre, c'est aussi ce dont ce projet pilote a besoin, c'est parfois zigzaguer et faire beaucoup de recherches ». Toutes les équipes ont indiqué que les rôles correspondent aux tâches assumées par les CHW. Néanmoins, certaines équipes ont indiqué qu'elles s'écartaient parfois de ces tâches parce qu'elles le jugeaient nécessaire en fonction du bien-être général de la personne ou de la famille, par exemple en cas de besoin urgent de logement. Toutefois, ce soutien supplémentaire est occasionnel et n'est pas structurel.

En ce qui concerne la communication des rôles à tous les CHW et coaches, presque toutes les équipes ont indiqué dans le questionnaire que ces rôles avaient été suffisamment expliqués. Une équipe a indiqué que le vocabulaire utilisé dans la présentation était parfois difficile à comprendre, ce qui a entravé le partage d'expériences personnelles. La discussion sur les rôles au sein de l'équipe a été indiquée comme un point d'attention permanent.

L'encadré 3.1 présente une illustration d'une équipe. Ils décrivent avec leurs propres mots comment ils remplissent chacun de ces rôles - comme spécifié au chapitre I.

Encadré 3.1 : illustration des activités concrètes des CHW au sein d'une équipe en fonction des rôles

Description du rôle Illustration: 1. Créer des liens entre les individus, les communautés et les acteurs de santé a. Informer les individus et les « Les moments d'information sont organisés dans les quartiers communautés les plus précaires de [la ville]. Les CHW informent les riverains sur le fonctionnement du système et les communautés locales dans le but de les aider à s'orienter de soins de santé et de biendans le labyrinthe de notre système de santé et de bien-être. être et sur la manière de Les CHW le font en menant des actions de proximité. Ils se l'utiliser. trouvent sur les places, dans les rues, dans les endroits fréquentés, dans les cafés, les mosquées et les centres communautaires. Ils participent également aux activités des partenaires dans les quartiers » a. En cas de référence à un « Le CHW planifie une visite à domicile et prend le temps d'avoir professionnel de la santé ou une conversation avec le demandeur de soins. Il offre une oreille de bien-être, aider attentive et tente, par des questions ciblées, de se faire une idée les professionnels à mieux plus précise de la demande de soins. Les obstacles rencontrés par le demandeur de soins sont identifiés, généralement dans comprendre comment la

personne perçoit la santé et vit le contact avec les soins de santé avec une attention particulière à l'importance d'une communication adaptée à la personne

la langue du riverain. On examine si des mesures ont déjà été prises et si des services ont été impliqués. »

 a. Faciliter la communication entre la personne qui demande de l'aide et le professionnel de soins de santé ou de bien-être « La fonction de lien assumée par le CHW assure une communication fluide entre le demandeur de soins et le prestataire de soins/professionnel du bien-être. Le CHW réunit deux mondes. Ils permettent aux prestataires de soins et aux travailleurs du bien-être de mieux comprendre et appréhender le travail avec les personnes vulnérables. »

2. Fournir des informations sur la santé adaptées à la culture

Fournir les informations nécessaires à :

 a. Aider les personnes à reconnaître leurs besoins en matière de santé, à mieux les comprendre et à prendre en main leur situation de santé. « Après plusieurs discussions de groupe avec les habitants des différents quartiers, nous avons identifié des besoins autour de certaines thématiques de santé. En collaboration avec [l'asbl locale], SAAMO, le Service de Prévention [de la ville] et le CPAS, nous avons organisé des sessions de formation et des ateliers pour les habitants du quartier. À la demande des riverains, les activités/ateliers suivants ont été organisés: Cuisine saine; promenades de santé; formation sur les maladies cardiovasculaires; qu'est-ce que les aidants proches?; comment s'occuper de parents atteints de démence?; comment gérer le diabète?; comment gérer le stress?; Goed Gevoel Stoel; cancer du col de l'utérus; cancer du sein; et incontinence. Les partenaires impliqués organisent les activités mentionnées ci-dessus. Le CHW fait appel aux personnes et leur donne les moyens de participer à ces activités »

Fournir les informations nécessaires à :

b. Aider les organisations, les professionnels des soins de santé ou de l'aide sociale à adapter le style de communication aux caractéristiques et aux besoins spécifiques de la personne qui a une demande d'aide et de la communauté.

« L'atelier actif sur le triangle du bonheur développé par Gezond Leven est une méthodologie basée sur la personne moyenne. Toutefois, cette méthodologie a été jugée trop difficile à utiliser avec les locuteurs non natifs et les groupes défavorisés. Une méthodologie sera élaborée en collaboration avec Logo [province], SAAMO, [asbl locale], CHW et LIGO. La méthodologie est une sorte de boussole. Elle donne des informations sur les nouvelles habitudes à prendre pour devenir (plus) heureux(se). Le Corona a mis notre bonheur à rude épreuve. Certains d'entre nous ont dû dire au revoir à un être cher, d'autres ont perdu leur emploi et d'autres encore se sont sentis seuls pendant longtemps. Les revers de la vie ne sont pas souvent de notre ressort, mais la façon dont nous les gérons dépend (en partie) de nous. Ce sera testé dans plusieurs quartiers à l'automne.

Sur le terrain, nous rencontrons des personnes, d'origine musulmane, qui attribuent leurs maux physiques et psychiques au mauvais œil, à la possession et à la magie noire. Le remède pour se protéger de la magie noire est la récitation de textes coraniques. On peut consulter un imam pour cela. Demander l'aide d'un professionnel des soins de santé n'est donc pas directement évident. Pour ces personnes, il ne va pas de soi qu'il faut chercher de l'aide auprès des prestataires de soins de santé et d'assistance habituels. La raison en est qu'ils ont souvent une interprétation différente de ce problème. Pour les CHW, il ne s'agit pas d'un phénomène inconnu. Ils ont le même bagage culturel et la même langue. Le CHW essaie de se mettre dans la réalité du riverain en écoutant activement et en posant des questions. Le riverain se sent ainsi compris. Cela permet une compréhension et une confiance mutuelles. Grâce à la confiance que vous avez instaurée, vous pouvez motiver la personne à entreprendre ensemble des démarches en vue d'obtenir des soins de santé (mentale) classiques.

L'un des problèmes qui se posent est la barrière de la langue, qui fait que les gens ont tendance à abandonner rapidement. Les médecins, psychologues, thérapeutes et psychiatres qui ne parlent pas couramment la langue de leurs patients ne peuvent pas les questionner efficacement pour identifier les symptômes. Un interprète répondrait aux besoins de la personne. Les SSM [soins de santé mentale] [de la ville] ne comptent que peu ou pas de diversité culturelle au sein de son personnel. Les prestataires de soins qui ont la même langue et le même bagage culturel peuvent aider ces personnes à mieux s'orienter. Le CHW a régulièrement contacté les organismes de bien-être et de soins pour qu'ils mettent à disposition un interprète afin de répondre aux besoins de la personne »

3. Nagigation dans le système de soins de santé

a. Orienter vers les organismes de soins de santé et d'aide sociale et assurer le suivi. « Les orientations ne se déroulent pas toujours facilement. C'est principalement lié aux longs temps d'attente. Certains organismes de soins ont des délais d'attente allant de 4 semaines à 6 mois. Ce problème d'accessibilité affecte le fonctionnement de notre service. Comme les demandeurs de soins ne sont pas aidés davantage, ils reviennent vers le CHW avec la même histoire. Ils peuvent aussi être très collants. Cela demande beaucoup d'énergie et de temps de la part du CHW. Les personnes continuent d'être suivies par le CHW jusqu'à ce que la demande de soins soit traitée par les organismes compétents. Dans la plupart des dossiers, il y a une collaboration avec le gestionnaire de dossiers de l'organisme de

soins et de bien-être. Les organismes nous tiennent au courant de l'état d'avancement. » « Il existe une collaboration avec [une asbl locale], qui se Réduire les obstacles à l'accès aux soins de santé primaires compose de prestataires de soins professionnels de langue (par exemple liés à la étrangère. S'il y a des habitants qui ne parlent pas couramment mobilité, aux obstacles le néerlandais, ils peuvent s'adresser à cette association pour leur demande de soins. C'est le travail du CHW d'orienter ces financiers, à la langue...). personnes » « Les données seront conservées individuellement dans un c. Documenter et maintenir les données au niveau individuel carnet et enregistrées par la suite dans le système de la personne aidée. d'enregistrement. Le système d'enregistrement fonctionne bien! Le système se tient bien. Il fonctionne efficacement et est beaucoup plus clair que le système d'enregistrement précédent [nom]. Le trajet parcouru avec le demandeur de soins peut être bien suivi. Relier les types d'action aux rôles est encore un peu trop laborieux. » d. Informer les prestataires de « Les Turco-Bulgares constituent un groupe cible difficile à soins et les employés des atteindre dans [la ville]. Les CHW sont actuellement les personnes de confiance. À l'aide d'un plan des rues, les CHW ont organisations locales (p. ex. CPAS ...) des atouts et des effectué des visites à domicile qui leur ont permis d'atteindre le défis de la communauté en groupe cible. Ils sont au courant de leur mode de vie, de leurs réponse à une demande valeurs et de leurs normes. Une collaboration a également été individuelle de soutien mise en place avec les partenaires de quartier de [quartier] dans le but de relever les nombreux défis en matière de bien-être, de la santé, de logement et du vivre ensemble. Chaque partenaire prend ses responsabilités. Les CHW assurent un transfert chaleureux vers les partenaires et les organismes. » 4. Fournir un encadrement et un soutien social « Les habitants du quartier ayant besoin de soins sont guidés, a. Fournir un soutien et un encadrement individuels soutenus et motivés par le CHW pour utiliser les services de soins primaires et de bien-être. On rappelle aux gens leurs rendez-vous, on leur donne des indications et on assure un suivi. Le CHW offre une oreille attentive et une aide sur mesure. » b. établir une cartographie des « L'offre en matière de soins primaires et le bien-être sont inclus offres de soins primaires et dans les schémas de quartier. Chaque quartier dispose d'un d'aide sociale schéma de quartier. Tous les services de bien-être actifs, les dans communauté et les mettre à organismes de soins, les organisations et les associations la disposition des personnes peuvent être trouvés ici avec leurs coordonnées. Les dans informations peuvent être échangées avec les personnes de vivant cette communauté afin qu'elles cette communauté. C'est pour l'instant utilisé uniquement par soient en mesure de se le CHW ». débrouiller seules en cas de besoin.

c. Motiver et encourager les personnes à utiliser les services de soins de santé et autres services et, si nécessaire, assurer la première connexion pour leur permettre ensuite de poursuivre de manière autonome.

« Les personnes sont motivées et encouragées à utiliser l'offre de soins de santé et de bien-être. Les CHW sont les antennes des quartiers. En faisant du travail de proximité, les CHW atteignent des personnes qui sont autrement difficilement accessibles ou inaccessibles. Ils veillent, après avoir établi une relation de confiance, à ce que ces personnes soient chaleureusement transférées vers les services de soins de santé et/ou de bien-être appropriés »

d. Soutenir l'autonomie.

« Une bonne collaboration mutuelle avec les partenaires permet au CHW de tenir l'équipe de quartier bien informée de ce qui se passe dans les quartiers. » « Des activités, des formations, des ateliers... sont organisés par les partenaires du quartier sur la base des besoins des riverains. »

e. Planifier et/ou diriger des interventions de groupe.

« Les riverains du quartier sont invités et encouragés par le CHW à participer aux activités. »

5. Défendre les individus et les communautés

- a. Défendre les besoins et la vision des communautés en matière de santé par le moyen de plaidoyer en vue d'un changement sociétal Capter les signaux tels que les barrières structurelles ou les manquements dans l'organisation du système de soins de santé en suivant et en écoutant les personnes de la communauté et en créant un environnement sûr pour que ces personnes puissent et osent exprimer leurs besoins et leurs préoccupations.
- b. Lors d' une demande individuelle de soutien, informer et sensibiliser les prestataires de soins et les employés des organisations locales (ex. CPAS,...) sur les barrières vécues par la communauté.

« Les signaux ci-dessous ont été portés à la connaissance de plusieurs organismes de première ligne. À la mi-décembre, nous avons expliqué nos expériences, nos chiffres et nos signaux aux services suivants : L'échevin du bien-être [nom] ; la zone de soins primaires [nom] ; [nom de la mutualité] ; et le centre de services.

Les signaux:

- Une pénurie de psychologues marocains et turcs : Il y a une pénurie de psychologues marocains et turcs à [ville]. Le CHW entre en contact avec les riverains du quartier qui sont confrontés à l'incertitude, aux angoisses, à la tristesse, au stress, à la fatigue, à la solitude et à bien d'autres choses encore dans leur vie quotidienne. Il est beaucoup plus facile de mettre en mots les nuances et les sentiments lorsque l'on est assis en face de quelqu'un qui a la même langue et la même origine culturelle. Le CHW se sent émotionnellement surchargé et n'est pas suffisamment formé pour accueillir ces discussions.

Une pénurie de dentistes : Les temps d'attente chez les dentistes atteignent jusque six mois ou plus. Certains médecins procèdent même à un arrêt de la prise en charge des patients parce qu'ils n'arrivent plus à faire facel.

Prescriptions de médicaments sur la carte d'identité: Les ordonnances des médecins sont placées électroniquement sur votre carte d'identité. Les gens ne peuvent plus voir ce que le médecin leur a prescrit. En conséquence, lorsqu'ils présentent leur carte d'identité à la pharmacie, ils se voient proposer toute

une liste de médicaments. Les personnes qui ont des difficultés financières peuvent être surprises par le prix qu'elles doivent payer. Les gens préfèrent acheter les médicaments les plus urgents, mais par honte, ils paient la somme demandée alors qu'ils n'en ont pas les moyens financiers.

Peu de diversité au sein des services de soins de santé et de bienêtre: [ville] est une ville multiculturelle et multireligieuse. Malheureusement, le reflet de la population est encore peu pris en compte dans les services de soins de santé et de bien-être. C'est une mission fondamentale que de fournir des soins de santé et de bien-être de qualité et accessibles à tous, quelle que soit leur origine. Une main-d'œuvre diversifiée permet d'accroître la reconnaissance et l'accessibilité des soins et des services de bien-être, d'améliorer la connaissance des différences culturelles et de réduire les problèmes linguistiques. La digitalisation et la disparition de l'humain : Les personnes qui ne maîtrisent pas la langue, qui ont des difficultés à lire et à écrire seront confrontées à une autre porte fermée. pandémie a accéléré la digitalisation. La demande d'aide digitale a énormément augmenté. Comment avoir le Covid Safe Ticket sur mon smartphone? Comment utiliser Itsme? Comment prendre un rendez-vous en ligne auprès d'un service de première ligne ? Ce sont des questions auxquelles les gens sont confrontés.

Besoin de médecins effectuant des visites à domicile: Les riverains moins mobiles recherchent de nouveaux médecins traitants qui font encore des visites à domicile. Les médecins sont moins enclins à effectuer des visites à domicile, estimant que cela prend trop de temps.

Longs temps d'attente : Les gens ne sont pas davantage aidés lorsqu'ils sont dans le besoin. Expliquez donc que lorsqu'une personne vient de franchir le seuil pour demander de l'aide qu'elle doit ensuite entendre qu'elle doit revenir dans quelques mois. Le CAW a un délai d'attente allant de 1 à 4 mois. L'orientation vers les services sociaux de certaines mutualités se fait désormais plus facilement grâce à la collaboration avec les services sociaux des mutualités. Chez [nom de la mutualité], cela reste difficile. La [nom de la mutualité] dispose d'un délai d'attente d'au moins 4 semaines. Les psychologues conventionnés ont également de longs délais d'attente. En raison de ces temps d'attente, nous avons cherché des alternatives de manière créative. Chez la mutualité [nom de la mutualités], vous pouvez bénéficier de quatre entretiens gratuits par téléphone. Le « opvoedingswinkel » propose également une aide psychologique gratuite aux familles avec enfants. Les jeunes souffrant de problèmes psychologiques peuvent s'adresser à [asbl locale]. »

6. Développer la littératie de santé au niveau individuel et collectif

a. Renforcement de la littératie de santé individuelle

« Le travail d'autonomisation, c'est quelque chose qui me tient à cœur [en tant que coach]. C'est pourquoi, tout au long de l'année, j'ai organisé des séances d'intervision et de coaching individuel sur l'autonomisation, entre autres, pour mon équipe.

Les CHW essaient toujours de gagner d'abord la confiance des habitants avant de s'engager à renforcer les compétences en matières de santé. Voici une brève liste des compétences les plus courantes que nous enseignons à notre public cible.

Le CHW renforce les compétences en matière de santé au niveau individuel par :

- La création d'un environnement dans lequel les riverains se sentent en sécurité, compris et valorisés. Nous le faisons par exemple en visitant les quartiers avec, entre autres, le Speelbus (bus ludique) de la ville [nom ville]. Nous essayons d'atteindre les parents par le biais des enfants et d'une bonne tasse de café. À ces moments-là, de nombreuses visites à domicile sont programmées.
- Ensuite, le CHW renforce la confiance du demandeur de soins dans ses propres capacités. Le demandeur de soins est, à un stade ultérieur, autonomisé pour prendre des mesures par lui-même. Nous offrons le soutien nécessaire en fonction de la situation.
- À la demande des riverains, des activités sur mesure sont organisées en collaboration avec des services/organisations/asbl locaux. Par exemple, la pyramide alimentaire, le triangle du bonheur, l'atelier sur la cuisine saine,... De même, lors des séances d'information sur les maladies et la manière d'y faire face, les habitants sont approchés individuellement et, si nécessaire, invités à participer. Les bénéficiaires des soins font l'objet d'un suivi après les activités afin de les renforcer dans leurs connaissances en matière de santé. Par exemple, suivi après un atelier de cuisine

- saine pour les patients diabétiques. Le CHW examine avec le demandeur de soins les succès et les échecs, ainsi que les domaines dans lesquels la personne a besoin d'un soutien supplémentaire, par exemple l'intervention d'un diététicien.
- Les riverains apprennent à exprimer leurs souhaits et leurs plaintes à un prestataire de soins de santé. Généralement, ils n'osent pas parler ouvertement parce qu'ils ne maîtrisent pas bien la langue ou parce qu'il existe un tabou ou une honte autour d'un certain sujet, par exemple les questions relatives à l'incontinence.
- Expliquer le fonctionnement des organismes afin qu'ils sachent à qui s'adresser pour leurs questions/problèmes.
- Flyers à distribuer dans différentes langues avec des images visuelles. Les flyers proviennent principalement d'organismes de soins de santé qui ont des difficultés à atteindre le public cible. Le CHW passe en revue le dépliant avec la personne pour s'assurer qu'elle a bien compris l'information.
- Le riverain apprend à prendre rendez-vous chez le médecin généraliste, par exemple, ce qui peut se faire par téléphone ou de manière électronique.
- Apprendre à utiliser les informations de santé de manière critique. Au sein des communautés turques et marocaines, il est courant que les riverains s'échangent des médicaments sans l'avis d'un médecin. De plus, les informations sont échangées via les médias sociaux, ce qui n'est pas fondé scientifiquement.
- Expliquer les enquêtes gouvernementales et leur importance. Le riverain est motivé à effectuer la recherche et est soutenu pour prendre rendez-vous.
 Par exemple, le dépistage du cancer du sein, du cancer de la prostate, du cancer du côlon,...
- Demander au prestataire de soins, lors d'une consultation, de parler lentement et d'éviter d'utiliser des mots difficiles. Pour que le patient puisse suivre.

- Le riverain apprend à prendre le bus pour se rendre chez le médecin ou à l'hôpital en planifiant ensemble l'itinéraire à l'avance.
- Le riverain apprend à faire appel à son propre réseau, par exemple à un membre de sa famille qui peut l'accompagner lors des consultations pour surmonter la barrière de la langue. »
- b. Renforcement de la littératie de santé des groupes (par exemple organiser ou animer des séances de groupe et des moments d'information sur des thèmes spécifiques adaptés au groupe cible, par exemple sur le diabète ou la vaccination)

« Les signaux identifiés par le CHW auprès des habitants sont discutés au sein de l'équipe de quartier. L'équipe de quartier se compose des partenaires suivants : le centre communautaire, le Service d'aide à la jeunesse [nom], le manager de quartier, le travailleur de rue, [ASBL locale], la Société de logement social [nom], le job coach, SAAMO, [ASBL locale], le superviseur, le Centre de services et le CHW. L'équipe examine ensemble la meilleure façon de traiter les signaux. À la demande des habitants, des thèmes de santé ont été définis et organisés.

Des organismes spécialisés sont impliqués dans l'organisation de moments d'information. [Nom de la ville] Preventief Gezon, le CPAS, [IASBL locale] et SAAMO savent exactement à quels organismes s'adresser. Des services tels que [asbl locale] pour la démence et les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées, le centre de santé mentale, le centre de santé de quartier,... sont quelques-uns des services impliqués dans l'organisation des moments d'information. Ils abordent les thèmes suivants : triangle de la santé et cuisiner ensemble, soins de santé mentale, comment faire face au diabète, le Goed gevoel stoel, la ménopause, l'incontinence, les premiers secours, la promenade de santé, la démence, les aidants proches, le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein. »

c. Échange d'expériences et renforcement des compétences individuelles entre les CHW.

« Lors des concertations avec [Nom de la ville] Preventief Gezond, le CPAS, [l'ASBL locale] et SAAMO, le CHW a soulevé des sensibilités qui devraient absolument être prises en compte lors de l'organisation des moments d'information. La honte et le tabou qui subsistent au sein de la communauté sont pris en compte. Les thèmes organisés de préférence séparément pour les hommes et les femmes sont des sujets tels que l'incontinence, la santé mentale, le cancer du col de l'utérus et du sein, la sexualité...

Lors de nos moments de concertation hebdomadaires, nous échangeons sur des cas et des expériences. Les collègues apprennent les uns des autres en réfléchissant à leurs propres méthodes de travail. Le feed-back et les possibilités d'amélioration discutées au sein de notre équipe contribuent à la poursuite du développement sur le terrain. Les réunions hebdomadaires ont permis de renforcer la collaboration avec les collègues. Il s'agit d'un environnement de confiance où chaque membre dispose de l'espace nécessaire pour développer sa créativité et son inspiration. »

7. Travail de proximité

a. Rendre visite aux personnes vulnérables dans leur propre environnement et offrir de l'aide et du soutien pro-actif en vue d'améliorer leur santé et leur bien-être.

« Nous approchons les habitants dans les rues, les places, les marchés, les activités des partenaires, les contacts avec les parents à l'école, les événements, les mosquées, le porte-àporte... Les personnes reçoivent alors les explications utiles sur notre fonctionnement. » Des journées de permanence régulières ont lieu aux heures d'affluence dans les centres communautaires tels que le Doorgeefwinkel (magasin de dons), le restaurant social [nom], les cours de néerlandais pour les non-natifs....

À la demande du centre de santé de quartier de [nom du quartier], le CHW a effectué des visites à domicile auprès de riverains non vaccinés dans le but d'informer les gens sur les moments de vaccination.

L'école [nom] a également lancé une collaboration autour des enfants turco-bulgares. Jusqu'à présent, aucun service n'a réussi à atteindre ce groupe cible. Il a été convenu lors des concertations de quartier que les CHW effectueraient des visites à domicile auprès de ces familles. Les Turco-Bulgares sont confrontés à des problèmes très complexes, dont découlent également des demandes en matière de soins. Les CHW assurent un transfert chaleureux vers les organismes de soins de santé et de bien-être. »

 assurer le suivi des rencontres avec les personnes, les familles et les groupes dans le domaine de la santé et du bien-être. « Il existe de nombreux droits et interventions dont les gens n'ont pas connaissance. Souvent, ils sont attribués automatiquement. Mais malheureusement, des familles vulnérables passent encore entre les mailles du filet.

La ville [Nom de la ville], le CPAS [Nom de la ville], [ASBL locale], le CAW [Nom de la province], [Nom de la mutualité], [Nom de la mutualité] et [Nom de la mutualité] ont organisé plusieurs moments d'information concernant la demande d'intervention majorée dans les quartiers vulnérables. Les mutualités ont aidé sur place les gens à remplir leurs demandes. Pour mettre de l'ordre dans leurs demandes, ils n'ont eu besoin que de leurs cartes d'identité.

Les CHW ont déployé tous les efforts nécessaires pour diriger, informer et amener les riverains à ces moments de rencontre. »

 c. Communiquer le rôle du CHW aux agences locales et lors des événements dans les communautés « Sur la base du plan de quartier, les CHW et le coach ont présenté le projet aux organismes de soins de santé et de bienêtre, aux associations, aux services communaux, aux écoles, ... des quartiers. »

d. Développer un réseau et des ressources auxquels on peut faire appel pour bien faire le travail de proximité_ « À [nom de la ville], nous avons mis en place un vaste réseau qui est désormais bien connu des organismes de soins de santé et de bien-être. Chaque jour, nous recevons des demandes de services qui nous adressent des personnes. Les services tels que les CPAS, les mutualités et les cabinets médicaux n'ont ni le temps ni l'espace pour effectuer des visites à domicile et travailler en point d'appui. C'est pour cette raison que les patients nous sont adressés pour leurs demandes de soins. »

Participer à l'évaluation et à la recherche

- a. Participer à l'évaluation des prestations de services des CHW.
- b. Participer à l'évaluation du projet et à la recherche :
 - Collecte et interprétation des données,
 - Echange des résultats et des conclusions

« Le coach et les CHW participent tous deux à la recherche »

Rôle de signalisation des signaux structurels

Au début de la deuxième année du projet, chaque équipe s'est attelée à l'identification des problèmes d'accessibilité structurelle, bien que selon des procédures différentes. Certaines équipes ont discuté des signaux lors de la réunion hebdomadaire de l'équipe ou lors d'une concertation avec d'autres acteurs du quartier, tandis que d'autres les ont abordés lors d'échanges entre les équipes CHW. Dans l'une des équipes, un CHW a développé son propre formulaire qui lui a permis de suivre les cas en fonction de la collecte des signaux. Régulièrement, ces données ont été collectées et discutées lors de la réunion d'équipe afin de déterminer les mesures de suivi à prendre. Par exemple, une équipe flamande a indiqué : « en ce qui concerne le certificat de vaccination corona (cst) et les personnes en séjour irrégulier, il était particulièrement difficile pour celles-ci d'obtenir un certificat de vaccination. Cela a été signalé à plusieurs reprises à la 'cellule politique [nom]' communale. Comme ce signal provenait de plusieurs organisations (y compris le travail de rue), la ville [nom de la ville] a pris des mesures en orientant ces personnes vers le centre administratif [nom de la ville] où une aide est apportée pour mettre tout cela en ordre. »Cette équipe a donné un autre exemple : « une personne en séjour irréqulier se voit refuser l'aide d'un centre de santé de quartier. « Action : le coach téléphone au coordinateur pour soulever cette question. La coordinatrice renvoie à ce qu'elle a fait pour éviter des situations similaires à l'avenir. » La plupart des équipes transmettaient les signaux aux coordinateurs. Dans certaines équipes, les coaches se sont également mis au travail s'ils pouvaient transmettre le signal à la politique ou à l'organisation locale. Une équipe wallonne a indiqué : « La

plupart des signaux sont connus depuis longtemps. Selon nous, la question se pose plutôt déjà sur les réponses à y apporter. Chaque situation rencontrée sur le terrain est différente d'une autre. Les barrières ne sont jamais exactement les mêmes et le profil/passé du bénéficiaire peut directement influencer tout cela. Pour changer des problèmes structurels, c'est au niveau politique et de la loi que des changements sont à effectuer.»

Pour répondre à cette approche diversifiée, des efforts ont été déployés au cours de la première moitié de la deuxième année du projet pour répondre de manière structurelle à ces signaux politiques (cf. chapitre I). En ce qui concerne ce fonctionnement, une équipe flamande déclare que « travailler sur le changement structurel par le biais de signaux est un point d'attention permanent ».

1.1.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles

En ce qui concerne le rôle des CHW, les équipes ont présenté certains défis et il y a également eu un brainstorming durant l'atelier sur des mesures d'atténuation possibles.

Contenu de la description de rôle

Bien que la nouvelle description des rôles ait été accueillie favorablement par de nombreuses équipes, une équipe de discussion a indiqué au cours de l'atelier que les rôles actuels laissaient encore place à l'interprétation. Dans ce contexte, plusieurs équipes ont suggéré de lier les tâches et les compétences clés aux rôles afin de mieux les cadrer. En outre, il a été mentionné au cours de l'atelier que, selon les équipes, il faudrait également veiller à formuler clairement les objectifs, la mission et la vision pour l'avenir et à les communiquer pour susciter un soutien.

Faire connaître les rôles

Il est également important de bien faire connaître ces rôles auprès des CHW afin qu'ils puissent identifier les limites de leur travail. Une équipe flamande a illustré cela en déclarant : « Il est important de définir clairement nos limites, car il s'agit d'une activité émotionnellement exigeante et nous voulons éviter tout comportement dépendant. ». Une équipe flamande a ajouté qu'un point d'attention important est qu'en tant que CHW, il faut veiller « à encourager l'autonomie du client, à ne pas tout prendre en charge. ». Plusieurs équipes ont indiqué que le travail des CHW était difficile, car il s'agit d'aider les gens chez eux, en terrain inconnu, et d'interagir avec différents types de personnes et d'organisations.

Il ne s'agit pas seulement de mettre l'accent sur le fait de faire connaître le rôle du CHW parmi les CHW, mais aussi au sein de la communauté et dans les soins de santé. Une équipe de discussion a également attiré l'attention sur la visibilité des CHW en tant que professionnels. En effet, ils ont pu observer que le CHW n'est généralement pas considéré comme un professionnel, ni comme un aidesoignant. Ils ont indiqué qu'il n'était souvent pas pris au sérieux. Une équipe flamande a ajouté que la durée limitée du projet a également fait en sorte que les limites ont été tracées au fur et à mesure. L'équipe de Bruxelles a partagé cette vision et l'a complétée : "Avancer dans le flou sur le projet, connaître la limite de nos missions et rôles et comment combiner besoin de terrain et volonté politique".

Recrutement

Trois équipes de discussion ont indiqué qu'il était également important, dans le cadre de nouveaux recrutements, d'adapter le profil de fonction et le texte de l'offre d'emploi sur la base de la nouvelle description de rôle. Une équipe de discussion a indiqué au cours de l'atelier qu'elle avait le sentiment que le recrutement était davantage basé sur le profil que sur les compétences. Le profil de fonction renouvelé et la procédure de recrutement adaptée pourraient éventuellement apporter un soulagement à cet égard. Une équipe de discussion de l'atelier a suggéré qu'un test psychologique serait également utile pour le recrutement. Autre équipe a également indiqué que cette description de profil et les compétences associées devraient être adaptées au fur et à mesure des nouvelles évolutions dans le projet. Selon cette équipe, les différences locales doivent aussi être prises en compte.

Participation de la communauté

Les équipes de l'atelier ont estimé qu'il serait intéressant à l'avenir de voir comment la communauté pourrait participer davantage au projet CHW, par exemple en recrutant ou en collaborant avec des bénévoles issus des quartiers où ils sont actifs. En ce qui concerne le recrutement, un groupe a indiqué qu'il serait utile de fournir une procédure standardisée, uniforme dans toutes les régions, avec une marge de manœuvre pour les priorités locales. Ils ont suggéré d'inclure également des parties prenantes et des personnes issues des quartiers dans le comité de sélection. En ce qui concerne le travail avec des bénévoles, les CHW, les coaches et les coordinateurs ont donné des arguments en faveur et en défaveur. Par exemple, les défenseurs y ont vu une occasion de travailler avecdes jeunes ou des personnes sans domicile du quartier, afin d'atteindre encore plus de personnes appartenant au groupe cible. Ces bénévoles pourraient alors servir de personnes de contact ou d'ambassadeurs pour des groupes particuliers afin d'orienter vers les CHW les personnes qu'ils rencontrent et qui ont besoin d'aide pour accéder aux soins. Selon une équipe, cela pourrait avoir un effet multiplicateur pour atteindre les gens. En échange, ces volontaires pourront bénéficier d'une formation, d'un certificat et d'une expérience professionnelle. Toutefois, les opposants ont indiqué que cela donnerait l'impression injustifiée que le travail du CHW peut être effectué de manière bénévole et que cela diminuerait la valeur de son rôle. Il est donc important ici de définir le rôle potentiel du volontaire et de montrer comment il peut compléter et soutenir le rôle du CHW.

1.2. Formation

CHW et coaches nouvellement recrutés

À Bruxelles, trois nouveaux CHW ont été recrutés au début de l'année 2022. Ils ont reçu une formation de base, plus particulièrement sur le système de soins et la réciprocité, ainsi qu'une formation sur l'affirmation de soi et les techniques de communication non violente. En outre, ils ont reçu un soutien spécifique pour être formés sur le terrain par des coaches et des CHW plus expérimentés. En Wallonie, deux nouveaux CHW ont commencé à recevoir une formation générale sur le système de soins de santé. Ils ont également suivi des cours plus thématiques, notamment sur le droit des étrangers et le suicide. En Flandre, un nouveau coach a pris ses fonctions en 2022 sans avoir reçu de formation de base spécifique.

Formation continue

Il faut continuer à prêter attention à l'apprentissage au sein des régions et entre elles. En 2022, lesformations suivantesont été proposées aux CHW en Wallonie : les huit rôles du CHW ; la sensibilisation aux mutilations génitales ; l'introduction aux déterminants sociaux de la santé ; l'introduction aux violences dans le monde du travail ; l'expérience dans les sociétés inégalitaires ; la loi sur l'immigration ; les fondements politiques du malaise des travailleurs sociaux ; l'introduction à la prévention de la violence domestique ; la (re)mise en question du travail social ; l'évolution de l'emploi depuis 1980 ; l'expérience vécue du sans-abrisme ; et la sensibilisation aux problèmes d'addiction. En outre, les CHW de Wallonie ont également reçu une formation informelle sur les applications informatiques, telles que Word, Outlook et l'outil d'enregistrement.

À Bruxelles, les CHW ont reçu une formation dans le cadre de la « culture et santé » sur la promotion de la santé ; une formation sur les softskills (y compris le développement des capacités d'écoute, la compréhension et l'accompagnement des personnes dans leur processus de changement, l'établissement de limites de manière assertive et d'autres sujets) ; une formation sur la sécurité sociale dispensée par l'une des mutualités (axée, entre autres, sur le rôle d'une mutualité). Ils ont également pris connaissance des projets suivants par le biais de présentations : ALCOV (Agir Localement COntre le Virus) ; Brusano ; Fédération des services sociaux (FDSS) ; Centre De Documentation Et De Coordination Sociales (CDCS) ; VIP Aide alimentaire. En outre, les CHW de l'équipe de Bruxelles ont également assisté à des présentations/webinaires en ligne sur divers sujets : les inégalités sociales en matière de santé ; l'intégration socioprofessionnelle et l'addiction : prévenir les situations problématiques ; les 1000 premiers jours : informer, accompagner, agir ; le plan de logement d'urgence à Bruxelles ; Famille solo à Bruxelles ; et l'inégalité d'accès aux soins de santé à Bruxelles.

En Flandre, les CHW et les coaches ont reçu une formation sur les bons choix éthiques (éthique professionnelle, luttes éthiques, Qu'est-ce qu'une question éthique? Qui sont les parties prenantes ?). En outre, toutes les équipes ont également reçu une formation sur « l'entretien motivationnel ». La formation reçue varie considérablement d'une ville à l'autre. Par exemple, les CHW de Gand ont reçu une formation sur les sujets suivants : formation de coach en soins buccaux (informations techniques sur les dents et les soins bucco-dentaires ; remboursement des soins buccodentaires); droit de séjour général (introduction au droit de séjour général pour les étrangers); méthode de répétition (méthode permettant de vérifier si le prestataire de soins et le patient ont compris le message, travaillant sur la clarification de la demande, très utile, pertinent, applicable, accessible); soins abordables (aperçu de la manière de maintenir les soins abordables); difficultés psychosociales dans le regroupement familial; et Sanas nos queremos; les soins de santé en Amérique latine, avec une traduction pour les CHW en Belgique. En outre, les CHW de l'équipe de Gand ont également suivi deux webinaires : violence intrafamiliale ; introduction générale au RGPD, déontologie ; et vue d'ensemble des soins psychologiques en Flandre. À Genk, les CHW ont également reçu une formation de coach en santé bucco-dentaire, axée sur les points suivants : Qu'est-ce qu'une bouche saine?; les problèmes bucco-dentaires les plus courants et les options de paiement et l'administration. Ils ont également reçu une formation sur la recherche des droits (allocations financières, primes, avantages sociaux et fiscaux). À Anvers, ils ont reçu une formation sur la sécurité sociale en Belgique. Les CHW d'Ostende ont reçu des formations sur les sujets suivants : l'entretien

motivationnel (comment amener les gens à être intrinsèquement motivés); un atelier et un événement de mise en réseau sur les soins ciblés; et un guide sur la démence.

Outre les formations formelles, les équipes ont également noté des temps de formation continue informels. Ainsi, ils ont reçu - principalement dans l'équipe de Gand - les formations continues suivantes : webinaire, journée d'inspiration sur les compétences en matière de santé ; introduction au jeu « wegwijs in gezondheid » ; journée d'inspiration sur la solitude ; webinaire « domination blanche dans le travail social » ; introduction à la carte médicale ; journée de rencontre avec les personnes sans séjour légal. En outre, des moments de mise en réseau ont également été organisés, tels que le « réseau d'apprentissage zone de première ligne », où les gens ont pu apprendre les uns des autres sur la base de cas concrets. Et le moment de réseautage « parlee pistolet » où des expériences ont été échangées au cours d'un petit-déjeuner.

Les coaches flamands ont reçu une formation sous forme d'intervision de la part du service du personnel de l'une des mutualités.

1.2.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles

Toutes les équipes ont indiqué qu'en plus d'une solide formation de base, des formations régulières de remise à niveau sont également essentielles pour aider les CHW à bien faire leur travail. Dans de nombreux cas, les CHW ont déjà acquis différentes expériences et compétences au cours d'une expérience professionnelle ou d'une formation antérieure, de sorte que les besoins en matière de formation de base et de suivi peuvent être différents. Les équipes ont suggéré des sujets sur lesquels elles aimeraient recevoir une formation continue, ainsi que des sujets qu'elles souhaiteraient perfectionner dans de nouvelles formations. Enfin, des suggestions sont faites pour la formation continue des coaches.

Formation de base

En ce qui concerne la formation de base, un groupe de discussion a indiqué qu'elle n'était pas suffisamment alignée sur les objectifs du projet CHW. Une équipe a ajouté que c'était compréhensible étant donné que le projet n'en était qu'à sa deuxième année de fonctionnement. Ils ont toutefois ajouté qu'ils espéraient que l'on accorderait davantage d'attention à une formation de base adéquate. Plusieurs équipes de discussion ont souligné qu'une attention plus pratique au fonctionnement sur le terrain est nécessaire dans cette formation pour harmoniser davantage la façon de travailler entre les régions. Ils ont noté qu'il est utile que les CHW tirent parti de leurs connaissances et de leurs expériences respectives en les échangeant non seulement au sein des équipes, mais aussi entre les équipes et les régions.

Les équipes de discussion ont appelé à une formation de base uniforme qui fournirait à tous les CHW les connaissances et les compétences nécessaires pour mener à bien leur travail sur le terrain. Cela devrait inclure un manuel de qualité, qui comprend des procédures liées au « traitement du rgpd et du secret professionnel, procédure pour les comportements transgressifs, cadre déontologique, ... dans le but d'améliorer la qualité du travail des CHW, en tant qu' « organisation apprenante » (ajustement

continu) » - selon les termes de l'une des équipes de discussion. En outre, ils ont ajouté qu'il serait utile de travailler avec des modules optionnels supplémentaires basés sur les besoins des CHW qu'ils ont détectés dans leur travail sur le terrain.

En ce qui concerne les compétences de base des CHW, les équipes ont identifié les besoins de formation suivants : (1) des compétences pour faire face à des schémas comportementaux spécifiques : par exemple, avec des personnes qui se montrent agressives, qui ont une vulnérabilité mentale ou qui sont attachées à la drogue ou à l'alcool ; (2) une formation sur la fixation de limites : certaines équipes indiquent qu'il serait utile de recevoir une formation sur la fixation de limites envers les clients et les prestataires de soins ; (3) compétences en communication/techniques de conversation : avec une attention particulière sur la conduite d'entretiens émotionnels et des outils pour communiquer avec les nouveaux arrivants non natifs qui apprennent la langue et les personnes ayant de faibles compétences linguistiques ; (4) formation sur les premiers secours en cas d'accident (premiers soins) ; et (5) secret professionnel, éthique et déontologie.

En outre, plusieurs équipes ont exprimé leur intérêt quant à une formation supplémentaire concernant la connaissance du système de soins santé et de bien-être : (1) connaissance du système de sécurité sociale ; fonctionnement des hôpitaux ; réglementation concernant les allocations (par exemple pour les personnes porteuses d'un handicap) et connaissance des différentes mutualités en ce qui concerne l'administration ; les droits et obligations et les services qu'elles offrent ; (2) rôle et interprétation des organisations et des services publics tels que : Fedasil ; Croix-Rouge ; Agence de l'intégration et de l'intégration civique ; et CPAS ; (3) connaissance des statuts de séjour ; (4) connaissance approfondie de la carte sociale pour effectuer des orientations ciblées.

Rafraîchissement

Les équipes ont indiqué qu'elles souhaiteraient rafraîchir les thèmes suivants dans le cadre d'une formation supplémentaire : (1) principes de base : rafraîchissement des principes de base et jeux de rôle pour apprendre de nouvelles méthodologies, travail de proximité et outils sur les mesures qu'un CHW doit prendre dans telle ou telle situation, écoute sans préjugés, attitude transculturelle ; (2) rôle/compétences des CHW : discussion plus approfondie et affinement du rôle des CHW et protection des limites par rapport à d'autres services ; (3) accent mis sur le nouvel outil d'enregistrement : Maîtriser le système et assurer une compréhension uniforme des données demandées ; (4) : compétences en communication : techniques d'entretien, instaurer la confiance et les compétences en communication interne au sein de l'équipe ; (5) système de soins de santé : différentes mutualités et différence entre les compétences régionales et fédérales, connaissance de la carte sociale locale ; (6) avantages et droits sociaux : Garantie médicale CPAS, Aide Médicale Urgente, intervention majorée et statuts de séjour ; (7) outils pour la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité mentale. Une équipe de discussion a ajouté qu'il était également utile de se concentrer davantage sur les compétences linguistiques.

Formation complémentaire

En plus de la formation de base complétée par des modules optionnels et des moments de remise à niveau, les équipes de discussion de l'atelier ont indiqué qu'il serait utile d'élaborer un plan de développement personnel pour chaque CHW en ce qui concerne les aptitudes, les connaissances et les compétences.

Les CHW travaillent avec des personnes vivant dans des conditions très vulnérables. En conséquence, ils sont souvent confrontés à des problèmes psychosociaux graves et complexes tels que le suicide, la dépendance à l'alcool ou à la drogue, la violence familiale et sexuelle et l'isolement social. Les équipes ont indiqué que ces conversations peuvent être très éprouvantes sur le plan émotionnel et requièrent de bonnes compétences. Une équipe flamande l'a illustré en déclarant : « nous traitons souvent des cas complexes et difficiles, avec différentes personnes impliquées et parties prenantes. Parfois, le CHW est le seul lien entre la famille/le demandeur de soins et le service aux membres. Plusieurs intérêts entrent en jeu. Il n'est dans ce cas pas facile de trancher ou de prendre une décision. Même en intervision, cette question reste difficile. »

En outre, plusieurs équipes ont proposé une formation sur des thèmes spécifiques présents dans le groupe cible, notamment la santé mentale, la lutte contre la discrimination, les traumatismes, la démence dans les groupes d'immigrés, les maladies telles que la sclérose en plaques. Enfin, il y avait une demande de formations plus pratiques sur la gestion des calendriers, les programmes Microsoft office tels que Word et Excel, l'utilisation des e-mails et les méthodologies de gestion de projet.

Enfin, les équipes de discussion ont indiqué qu'elles pensaient qu'il serait utile de recevoir également une formation de la part de praticiens et de professionnels, tels que des personnes travaillant dans des établissements de soins de santé. Une équipe wallonne a indiqué qu'en travaillant avec le RWLP, elle a pu bénéficier de plusieurs séances d'information répondant à ces besoins.

Formation continue pour les coaches

Un coach a exprimé le besoin de plus de moments d'intervision. En outre, les coaches ont suggéré des formations supplémentaires dans les domaines suivants : planning et management ; connaissances de base en matière de ressources humaines ; formation visant à mieux comprendre le fonctionnement du système de soins de santé ; formation à la dynamique de groupe ; gestion d'équipe ; gestion de projet et outils automatisés de gestion de projet.

1.3. Intégration dans la communauté

Comme cela a déjà été décrit en détail dans le rapport CHW de la première année (Masquillier, Cosaert et al. 2022), les équipes ont indiqué que les CHW établissent un pont entre la communauté et les services de soins de santé. L'importance de l'adaptation aux besoins locaux et aux organisations partenaires présentes a également été soulignée au cours de cette deuxième année du projet. Une équipe flamande a déclaré : « Étant donné que nous sommes encore le seul service à faire du travail de proximité, nous constatons que les résidents locaux ont beaucoup de questions sur les soins de santé et le bien-être. Les gens ont besoin de contacts sociaux, d'une oreille attentive, de soutien et d'aide. En établissant une relation de confiance avec les résidents locaux, nous identifions les besoins dans tous les domaines de la vie. Les CHW sont des piliers qui aident ces personnes à se reconnecter aux services, organisations et associations existants. Ce sont des bâtisseurs de ponts dans l'âme. Les CHW veillent à ce que ces personnes regagnent confiance dans les services et assurent un transfert chaleureux vers les organismes de soins de santé et de bien-être ». Dans une autre ville flamande, cependant, différentes équipes de proximité sont actives. Cette équipe a également indiqué que : « Néanmoins,

nous parvenons à trouver et à garder 'notre propre place' parce que nous travaillons en fonction d'un quartier ou d'une organisation et que nous recherchons ensemble la valeur ajoutée qu'un CHW peut apporter. (...) La clé du succès réside dans le fait de rester constamment à l'écoute, de déployer les CHW de manière flexible, de réagir à l'actualité et à la société en constante évolution, et de forger des alliances intelligentes. »Une équipe wallonne ajoute : "Les habitants ont besoin d'un service présent, rapide, disponible et efficace. C'est ce que les CHW sont à même de proposer. Connaître le quartier dans lequel nous travaillons permet aux habitants d'avoir le sentiment d'être compris. » L'équipe de Bruxelles a souligné l'importance de la flexibilité dans le travail des CHW, car les quartiers sont très divers et ils s'adaptent aux besoins du groupe cible, ainsi qu'aux organisations présentes dans le quartier.

Les équipes ont indiqué qu'elles parvenaient en grande partie à répondre aux attentes des habitants du quartier, même si ce n'était pas toujours le cas. Certaines équipes ont mentionné que des questions sont parfois posées qui ne correspondent pas aux tâches des CHW, par exemple, quelle mutualité ou quel médecin est le meilleur, ou encore concernant la location d'un appartement social. Ainsi, les CHW doivent parfois fixer des limites, ce qui signifie qu'ils ne peuvent pas toujours répondre aux attentes - à la fois de la personne du groupe cible et des organisations locales. Une équipe wallonne a indiqué que l'expérience des personnes du groupe cible dépendait aussi fortement de la qualité du suivi des organisations auxquelles elles s'adressaient. Néanmoins, ils déclarent "Les habitants sont principalement très soutenants quant au métier et à son utilité. Ils nous remercient très régulièrement, parlent de nous, nous invitent dans des lieux de rencontre." Plusieurs équipes ont également souligné que le travail de proximité et le fait de rendre visite au groupe cible là où il vit restent très importants pour leur travail.

Une équipe flamande a indiqué que, contrairement à la première année du projet, elle ne cherche plus activement les contacts, car les habitants du quartier savent comment les trouver lorsqu'ils ont des questions. Une autre équipe flamande a nuancé ce point en affirmant que le projet CHW n'est pas encore suffisamment connu des membres de la communauté. Une troisième équipe flamande a ajouté que le terme « Community Health Worker » n'est pas connu de tous et qu'il est parfois difficile à comprendre. L'investissement visant à faire connaître le rôle des CHW au groupe cible reste donc, comme au cours de la première année du projet, un point d'attention constant.

Soutien des partenaires et des personnes du quartier

Le soutien des autorités et des partenaires locaux varie d'une ville à l'autre et, au sein d'une même ville, d'un quartier à l'autre. Dans le rapport de la première année, nous avons déjà décrit que dans les quartiers où il existait déjà un bon réseau, par exemple par le biais des acteurs de quartier ou de voisinage, la collaboration et l'intégration des CHW ont été initiées plus rapidement (Masquillier, Cosaert et al. 2022). Au cours de la deuxième année, les équipes ont mis davantage l'accent sur l'importance d'un bon fonctionnement de quartier. Une illustration en est un CHW actif dans deux quartiers, l'un caractérisé par une collaboration étroite entre les organisations locales et l'autre où l'on travaille de manière isolée. Dans le premier quartier, le CHW a été très fortement soutenu et ses tâches sont discutées et adaptées aux besoins du quartier et complémentaires des autres organisations. Dans le deuxième quartier, le CHW s'est senti perdu parce que ses efforts n'étaient pas soutenus par les partenaires présents. Lorsqu'il y a un bon fonctionnement de quartier ou lorsque l'équipe des CHW et les organisations partenaires se connaissent, on constate une forte

complémentarité. Une équipe flamande a indiqué que la présence des acteurs sociaux et de quartier, qui aident à soutenir le travail des CHW, contribue au succès du déploiement d'un CHW dans un quartier ou une organisation. Dans ces quartiers, les équipes ont indiqué qu'il y avait une bonne interaction entre elles et les organisations locales, en orientant les familles accompagnées par les CHW vers les organismes de soins et de bien-être appropriés et en orientant vers elles les personnes ayant besoin de soins.

Une équipe de discussion a fait valoir que le rôle de la communauté était essentiel pour renforcer la crédibilité du projet CHW dans les quartiers. Ils ont ajouté que grâce à la communauté et aux organisations de quartier, ce projet a pu être concrétisé. Deux autres équipes de discussion ont précisé que cela dépendait également beaucoup de la ville, en raison des réseaux existants qui étaient ou non déjà en place. Ils ont ajouté que le réseau des CHW, tel que la carte sociale et les contacts personnels avec les figures clés, joue également un rôle important à cet égard. Pour cet aspect, l'approche de proximité a été un atout majeur pour un autre groupe de discussion. Cependant, l'une des équipes a indiqué que certains CHW trouvaient que l'approche de proximité était un défi.

Une équipe flamande a indiqué que le scepticisme initial des acteurs du quartier au début de la première année du projet a fait place à la reconnaissance et au soutien, en raison de la contribution et du rôle actif des CHW dans les quartiers locaux. L'équipe a illustré cela en citant plusieurs exemples de la manière dont elle obtiennait un soutien dans son fonctionnement : les expériences et les signaux sont pris au sérieux par l'équipe de quartier et ces problèmes sont supportés ensemble ; les organisations partenaires alignent leur fonctionnement sur celui des CHW ; l'utilisation de matériel pour les activités de sensibilisation, comme des tables et une tonnelle ; les propositions d'activités, d'ateliers et de formations sont reprises par les organisations partenaires ; et la publication dans les journaux de quartier et dans le magazine de la ville.

Presque toutes les équipes ont déclaré être autorisées à utiliser gratuitement les installations fournies par les autorités locales et les organisations partenaires, telles que les salles de réunion pour les réunions d'équipe et les bureaux pour les entretiens individuels. Certaines de ces organisations partenaires transmettent également aux personnes du groupe cible des questions spécifiques, notamment sur la vaccination. Des équipes préparent des activités ensemble ou s'invitent mutuellement. D'autres équipes ont ajouté qu'elles bénéficiaient également du soutien du voisinage, car les résidents locaux transmettent leurs coordonnées et de nouvelles personnes peuvent ainsi être aidées par le bouche-à-oreille. Une équipe wallonne a illustré cela en déclarant : "Dans les quartiers sont organisés des évènements auxquels nous sommes invités : fêtes de quartiers diverses, brocantes, distributions de colis, etc . Les pharmacies, maisons médicales, petits commerces font notre publicité grâce aux affiches distribuées. Les habitants du quartier parlent de nous autour d'eux, auprès de leurs proches, voisins, amis ,". Une équipe flamande a fourni une illustration supplémentaire du soutien apporté par la communauté : une personne sans domicile fixe a indiqué au CHW où trouver une personne ayant des besoins en matière de soins et qui est difficile à atteindre.

Complémentarité avec les organisations existantes

Les équipes ont cité plusieurs éléments qui rendent le travail des CHW complémentaire de celui des organisations existantes en raison de la nature de l'accompagnement qu'ils fournissent : pouvoir prendre son temps, travail de proximité, approcher les gens de manière proactive, offrir une oreille

attentive et créer de la confiance. Les CHW de Bruxelles et le coach ont illustré cette complémentarité en déclarant que "Nous sommes plus complémentaires car nous sommes rattachés à aucune structure, nous sommes flexibles et aussi mobiles, ce qui est un plus dans les structures avec lesquelles nous travaillons. Aussi nous avons beaucoup de langues différentes maitrisées dans notre équipe, ceci est un atout majeur dans nos collaborations et un complément aux structures. Et nous agissons de manière à lier ces structures ensemble." Une équipe flamande a indiqué que son action avait également incité d'autres organisations à entamer un travail de proximité.

La complémentarité varie d'une organisation à l'autre. Une équipe flamande a illustré ce point en analysant certaines des organisations et des quartiers où elle est active - dans l'encadré 3.2, elle décrit avec ses propres mots sa collaboration avec les organisations locales, par CHW. Dans les mots d'une équipe wallonne: "Tout dépend du lien que l'on possède avec les diverses associations. Pour certaines, nous ne sommes que des partenaires fixes avec lesquels sont organisées de simples permanences. Pour d'autres, nous sommes un partenaire indispensable : nous travaillons ensemble dans l'organisation d'évènements et/ou, de projets divers. Nous nous démarquons des autres travailleurs sociaux grâce à notre disponibilité tant à domicile que sur le terrain, un suivi récurent, qui peut se faire dans la durée. Et bien sûr, un accompagnement au besoin et à la demande. Nous sommes un lien entre les diverses organisations du quartier." Des liens étroits existent également avec certaines organisations pour aider les CHW à résoudre les problèmes qu'ils rencontrent sur le terrain. Une équipe flamande a donné d'autres exemples de collaboration étroite, notamment la demande d'un médecin au CHW de transmettre certaines informations à une autre organisation ou à un autre service, ou le fait que le CHW ait obtenu l'autorisation d'encoder des informations dans le système d'enregistrement interne d'une organisation partenaire. Dans une ville flamande où une équipe de quartier est en place, les CHW et le coach ont indiqué qu'ils « sont les antennes des quartiers ». Ce faisant, ils signalent et représentent les intérêts des habitants lors des réunions de l'équipe de quartier. Grâce à la collaboration avec les services locaux, les personnes du groupe cible sont également aidées plus rapidement. Une équipe wallonne a déclaré que les organisations partenaires qui connaissent l'objectif des CHW ne sont que positives et que les organisations et les prestataires de soins du quartier font également appel aux services des CHW.

Encadré 3.2 : illustration de la collaboration d'une équipe flamande avec des organisations partenaires

Nom	Organisation ou quartier	Tâches
CHW1	« [nom de l'organisation] :	 « Table de discussion : les visiteurs qui
	Vereniging waar Armen het	viennent pour un colis alimentaire sont
	Woord Nemen »	interrogés sur: leur médecin traitant, leur
		dentiste, leur pharmacie, leur dossier médical
		global, le système de conventionnement, le
		système de tiers payant, etc.
		 Un rapport est établi et un plan d'action
		mis en place, par exemple : février : mois du
		médecin ; mars : mois des soins dentaires ; etc.

Répondre aux questions des visiteurs, accompagnement aux rendez-vous avec les prestataires de soins de santé, etc. Conclusion : le travail des CHW est-il complémentaire de celui de [nom de l'organisation] ? Oui ! Tant dans la de travailler (fonction d'émancipation) qu'autour du thème de la santé qui figurait déjà dans le planning de [nom de l'organisation] » CHW2 « [nom du quartier] » « Questionner les résidents sur le médecin traitant, le dentiste, la pharmacie, le dossier médical global, l'intervention majorée, etc. » Suite à l'enquête : élaboration d'un plan d'action à mettre en œuvre par les CHW, avec le soutien des partenaires de quartiers tels que les centres de santé de quartier, [nom de l'organisation], SAAMO, etc. Conclusion : le travail des CHW est-il complémentaire aux besoins du quartier ? Non, car son engagement n'est pas soutenu par les partenaires du quartier » « [nom du quartier] : « En collaboration et en concertation Chez [nom de avec le promoteur de santé de la [Maison *l'organisation] : nouvel* médicale] MM: aider les résidents dans Itsme, demande Covid-Safe Ticket, apprendre à espace de croissance pour [nom du travailler avec les plateformes de santé liées aux paquets de soins (problème : chaque médecin quartier] [nom de utilise une plateforme différente), compétences l'organisation] numériques pour prendre ses propres rendez-Maison vous en ligne avec les prestataires de soins de médicale (MM) [nom santé et les suivre, suivi des médicaments si, par du quartier] » une nouvelle prescription exemple, nécessaire, prise de rendez-vous en ligne par soimême, paiements en ligne de la mutualité, etc. cela devient de plus en plus la responsabilité du patient. L'objectif le plus important de toutes les MM dans un avenir proche est de s'investir dans le renforcement des compétences numériques en matière de santé. À cet égard, ce que [nom du CHW] fait dans [nom du quartier] est un franc succès. Le nouveau plan d'orientation des MM de [nom de la ville] est apparu en juin 2022 avec l'objectif ci-dessus. Maintenir les contacts les avec

des

travailleurs de proximité du CPAS:

'enquêteurs de quartier' qui explorent et épuisent les droits des résidents (via rechtenverkenner.be, plateforme en ligne). Soutenir l'hygiéniste dentaire: orientation des résidents vers l'examen, suivi après l'examen avec les résidents vers le dentiste (ou recherche d'un dentiste), cpas en fonction de l'accessibilité des coûts, etc. Utilisation de cartes de droits (cf. [nom de l'organisation]). De plus, à partir du mois de juin, la MM de [nom du quartier] ouvrira un cabinet dentaire sous la même forme qu'une maison médicale, à titre de projet pilote. Ils le font avec leurs propres secrétariat, movens. Présent : dentiste. hygiéniste dentaire. Ici aussi, [nom CHW] rejoindra. Conclusion : le travail des CHW est-il complémentaire aux besoins du quartier ? – Oui ! » CHW3 *l'organisation*] « En concertation avec les collaborateurs « [nom de initiative d'accueil urbain pour [nom de l'organisation], le CHW accompagne et les demandeurs d'asile : les soutient les demandeurs d'asile auprès de divers réfugiés séjournent prestataires de soins de santé. » en attendant la décision » Il soutient parfois la recherche d'un logement ou d'un UiTPAS si le demandeur d'asile a obtenu un permis de séjour légal. Conclusion : le travail des CHW est-il complémentaire de celui de [nom de l'organisation] : oui ! » CHW4 « [nom de l'organisation] « Le CHW accompagne et soutient les auto-organisation réfugiés érythréens auprès de divers prestataires de la communauté érythréenne de soins de santé, en fonction des besoins de la [nom de la ville] » famille, tels que le CPAS, [nom de l'asbl], le CLB La communauté érythréenne de [Centrum voor Leerlingenbegeleiding], [nom de la ville] est très petite, hôpitaux, etc. » mais très soudée. Occasionnellement, ils aident à la Fuir l'Erythrée a un prix : recherche de logement, à la mise en ordre de beaucoup de traumatismes liés l'administration, etc. à la fuite, de traumatismes liés**Conclusion :** le CHW offre-t-il un soutien complémentaire à la guerre, de violences'aux besoins de la communauté érythréenne : oui ! » intrafamiliales lors du regroupement familial, de (pas grossesses rapides toujours souhaitées) lors du regroupement familial, de problèmes relationnels, de problèmes de santé chez les

	enfants, et de nombreux problèmes et traumatismes psychologiques. »	
CHW5	« Maison médicale [nom, quartier] »	 « Soutenir les prestataires de soins de la MM lors de visites à domicile ou de consultations Suivi indépendant et visites à domicile des patients de la MM Accompagnement et soutien des familles auprès des prestataires de soins de santé en dehors de la MM (par ex., à l'hôpital, chez le dentiste,) Conclusion: le travail des CHW est-il complémentaire de
	« [nom de l'organisation] »	« Soutien du service médical de [nom de l'organisation] : médecins et dentistes bénévoles « Accompagner les visiteurs dans leurs démarches administratives, mettre en ordre la carte médicale, Soutien à la campagne de vaccination de la ville [nom de la ville] Conclusion : le travail du CHW est-il complémentaire de
	« [nom de l'organisation] »	 « Le [nom de l'organisation] ? :oui! » « Le [nom de l'organisation] collabore étroitement avec le projet « ieders mond gezond » : la formation d'hygiéniste dentaire est dispensée dans la haute école voisine. » Dans le cadre du projet « ieders mond gezond », les visiteurs de [nom de l'organisation] peuvent y faire examiner leurs dents gratuitement. Ensuite, ils reçoivent une lettre d'orientation et [nom du CHW] les aide à se rendre chez le dentiste. Conclusion : Le travail des CHW est complémentaire au projet »
	« [Nom Mutualité] »	« De nombreux Bulgares s'adressent à [nom de la mutualité] pour poser toutes sortes de questions sans rapport avec la mutualité. Le [nom du CHW] examine ces questions, cherche une réponse, accompagne et soutient. Tout cela pour optimiser le service aux membres fourni par [nom de la mutualité]. Idem pour la ville [nom de la ville] qui souhaite lancer un projet similaire à l'avenir: quels sont les besoins et les demandes de cette communauté et

comment les services et l'assistance peuvent-i				
être adaptés en conséquence ?				
Conclusion : le travail des CHW est complémenta				
projet »				

Collaborations entre organisations grâce aux CHW

La plupart des équipes ont indiqué que grâce à leur travail dans le quartier, d'autres organisations ont également appris à se connaître, même si c'est à une échelle limitée. Les équipes ont construit leur propre réseau en siégeant dans divers organes de concertation locaux, en accompagnant les clients ou en les orientant. De cette manière, ces organisations ont parfois appris à connaître d'autres organisations. Une équipe flamande l'illustre en déclarant : « à petite échelle en orientant les clients d'un service à un autre ». De, par exemple, [nom de l'organisation] à [nom de la deuxième organisation] pour les soins dentaires et psychologiques. Les collèques ne savaient pas que [nom de la deuxième organisation] offrait ce service ». Une autre équipe flamande a ajouté qu'elle facilitait également les contacts entre les petites organisations bénévoles et le large paysage de la santé ainsi que les services publics. Une équipe wallonne a indiqué que, grâce à leur fonctionnement, différentes organisations ont commencé à partager des transports sociaux, ce qui n'existait pas auparavant. L'équipe de Bruxelles a dit à ce sujet « clairement, nous mettons en lien différentes structures à proximité qui n'avaient pas pour habitude de travailler ensemble. Par exemple nous avons proposé une activité dans notre structure hébergeuse qui intéressait fortement les affiliés de la Maison médicale, cela a donc permis aux deux structures un premier contact.. » Cependant, une autre équipe wallonne a nuancé le fait qu'elle reste plutôt le lien entre les organisations, et que la collaboration entre elles reste très limitée.

1.3.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles

Au cours de l'atelier, il y a eu une discussion sur le fait que la collaboration communautaire est actuellement limitée en raison du fait que le projet CHW est encore trop peu connu dans le quartier. Une équipe wallonne a illustré comme suit le défi que représente la communication du projet CHW aux partenaires et au public cible : « Les plus grands défis ont été et sont de nous faire connaître. En effet, il n'est pas aussi facile de se faire connaître d'une part des associations et institutions déjà existantes et d'autre part par les personnes fragilisées. Les rencontres ne se font pas facilement dans la rue, la plupart des personnes que nous aidons nous ont été recommandées par des collaborateurs ou lors de permanences chez eux, soit lors de rencontres lors de distributions de denrées alimentaires. Le peu de matériel mis à notre disposition au niveau visibilité nous impacte également ». Ils ont indiqué qu'il était important de miser sur une plus grande visibilité pour améliorer l'implication auprès de la communauté, notamment en organisant des événements et des activités.

Lorsque les gens ne sont pas suffisamment conscients de la manière dont les CHW travaillent, la collaboration est plus difficile ou les organisations elles-mêmes se révèlent réticentes à collaborer. Une équipe a montré qu'une telle collaboration ne se passe pas toujours bien : « Les soignants adoptent parfois une position défensive à l'égard d'un CHW et refusent toute aide, ou 'paralysent' tout par l'argument du RGPD, même si le client ou la famille donne son consentement explicite. Il faut beaucoup lutter pour briser l'attitude défensive, par exemple le coach contacte ou se rend sur place,

une plainte est déposée auprès du service de médiation. » Certains CHW d'une équipe flamande ont indiqué que les gens du quartier, ainsi que les superviseurs de la ville ou la police, connaissaient peu leur fonctionnement, ce qui les empêchait de se soutenir mutuellement. Une autre équipe flamande a indiqué qu'en raison de la méconnaissance du rôle des CHW par certaines organisations, celles-ci ne voient pas la valeur ajoutée des CHW et s'attendent à faire le même travail - même si, après explication, il s'avère que ce n'est pas le cas. L'équipe a indiqué qu'il est important d'avoir de bons accords sur la répartition des tâches. Ils essaient donc de cartographier le réseau existant du client, en se concentrant sur les prestataires qui sont déjà impliqués avec cette personne, dans lequel le rôle de chacun est clairement identifié et délimité. Tout en veillant à un travail complémentaire. Dans certains cas, le CHW est également une sorte de « médiateur » qui veille à ce que le client reçoive le soutien adéquat.

Au cours de l'atelier, les équipes ont formulé des suggestions sur la manière dont l'implication de la communauté pourrait être améliorée à l'avenir. Par exemple, une équipe de discussion a indiqué qu'il pourrait être utile d'organiser des soirées de discussion dans le quartier, éventuellement en collaboration avec d'autres organisations locales, au cours desquelles les habitants du quartier parleraient de sujets de santé spécifiques. Les CHW peuvent alors demander aux personnes présentes de leur faire part de leurs commentaires sur leur fonctionnement et sur ce qui se passe dans le quartier. Au cours de la deuxième année du projet, le site web du projet CHW a été complété et les visiteurs du site ont eu la possibilité de faire part de leurs commentaires via un formulaire. Il s'agit là d'un premier pas vers la mise en place d'un système de feed-back de la part de la communauté. Des efforts supplémentaires devraient être déployés dans ce domaine à l'avenir. En collaborant avec des organisations partenaires dans les quartiers, une équipe de discussion a indiqué qu'il était également important de les reconnaître pour cela, par exemple par le biais d'un certificat de collaboration.

Pour promouvoir davantage la complémentarité, plusieurs équipes ont suggéré que des efforts soient faits pour mieux faire connaître le rôle des CHW. Non seulement vers le groupe cible, mais aussi en expliquant clairement le rôle des CHW aux organisations partenaires. Grâce à cette clarification des rôles, plusieurs équipes s'attendent à ce que cela encouragera la collaboration et que cela permette d'éviter un sentiment de « concurrence ». Des accords de collaboration clairs peuvent également être utiles. Plusieurs équipes ont également indiqué qu'il fallait renforcer davantage les collaborations, par exemple en mettant en place une personne de contact permanente au sein des différents services et organisations, en améliorant les références entre les partenaires et les CHWs, et en augmentant les permanences dans les bâtiments où se trouvent les partenaires. Enfin, plusieurs équipes ont indiqué qu'un engagement continu en faveur de la communication entre elles et les organisations partenaires est essentiel pour rester à l'écoute, échanger des signaux et expliquer plus en détail le fonctionnement actuel. Cela peut se faire en étant présent aux moments de concertation existants, tels que les équipes/concertation de quartier, ou en organisant vous-même une concertation (in)formelle. Une équipe wallonne a souligné l'importance de « en laissant le temps au projet de montrer concrètement sa plus-value : quand une expérience est positive, elle s'avère souvent être un boost immédiat de la collaboration.. »

1.4. Affiliation à des organisations de soins de santé et de bien-être

Toutes les équipes ont indiqué qu'il existait des collaborations entre les CHW, les prestataires de soins primaires et les acteurs du bien-être. Le contenu de ces collaborations peut être très variable, comme l'indique cette équipe wallonne : « Cela varie d'une situation à l'autre, parfois nous renvoyons des gens vers leurs services. Il arrive que des partenaires nous contactent parce qu'ils ont besoin d'un soutien qui dépasse leur domaine d'expertise. »

Tout comme le contenu des liens de collaboration varie, le degré de formalisation de ces liens varie également. C'est ce qu'a déclaré l'équipe de Bruxelles : « Nous avons des coopérations pour lesquelles des conventions ont été établies et d'autres pas. Nous avons eu plusieurs réunions pour clarifier notre rôles et les services que nous pouvons offrir aux bénéficiaires, la coopération s'est formalisée par email. ». Une équipe wallonne a indiqué qu'il s'agit souvent de liens de collaboration ponctuels, basés sur les besoins de la personne du groupe cible qu'ils soutiennent à ce moment-là - toujours avec le consentement de la personne qu'ils soutiennent. Dans certains organismes, les équipes formalisent leur collaboration en concluant des accords sur papier ou par e-mail. Bien que les équipes aient indiqué que la plupart des collaborations étaient rarement formalisées, elles se sont surtout développées au fur et à mesure dans la pratique. Une équipe flamande a illustré le développement de la collaboration entre elle et les organisations locales de la manière suivante : « La plupart des CHW répondent qu'il n'y a pas d'accords de collaboration formels. Un collèque décrit cela comme le fait d'être « laissé à lui-même » après une représentation. Dans certaines organisations où il n'y avait pas d'accords concrets au départ, des accords informels ont été conclus depuis. Lors d'un travail de quartier, par exemple, toutes les questions relatives aux soins de santé et au corona sont transmises au CHW présent lors des permanences. Quelques-uns décrivent qu'il y a une communication directe entre les organisateurs et les organismes par le biais d'une réunion où un coach et un CHW sont présents au début de la collaboration. »Dans d'autres équipes, le coach assiste également aux concertations avec l'organisation locale afin d'assurer un suivi étroit du travail du CHW par le coach et l'organisation et de procéder à des ajustements le cas échéant.

Successivement, nous examinons les liens de collaboration existants avec les acteurs de première ligne, ainsi que les éléments qui facilitent la collaboration. Nous examinerons ensuite les collaborations avec les acteurs de bien-être. Enfin, nous abordons les défis et les mesures d'atténuation potentielles liés à la connexion du projet CHW avec les organisations de soins de santé et de bien-être. Au chapitre IV, les lecteurs trouveront un aperçu plus complet des collaborations entre le projet CHW et les organisations partenaires pour chacune des trois régions et le niveau fédéral.

1.4.1. Liens de collaboration existants avec les acteurs de première ligne

Les équipes collaborent souvent avec des organismes de soins de santé tels qu'une maison médicale, des cabinets médicaux, des hôpitaux, des pharmacies, des orthopédagogues et des organisations telles que Médecins du monde et Médecine pour le peuple. Ils travaillent également avec des médecins généralistes, des spécialistes, des psychologues, des infirmières de rue ou des infirmiers indépendants. Les collaborations prennent des formes très diverses, allant de l'orientation par le CHW vers la première ligne, à une demande de soutien à l'acteur de première ligne, jusqu'à une collaboration vraiment étroite avec concertation. Voilà ce qu'a déclaré l'équipe de Bruxelles : « Les

types de collaborations sont très divers et dépendent des activités (nous avons déjà animé des ateliers et des séances d'informations ensemble) etc. » Bien que la plupart des équipes aient indiqué qu'elles orientaient actuellement surtout vers les acteurs des soins de première ligne, le trafic reste principalement à sens unique.

Illustrations de liens de collaboration

Les CHW jouent différents rôles dans le lien de collaboration avec les organisations de soins de première ligne. Dans l'encadré 3.3, une équipe flamande illustre avec ses propres mots le complément qu'elle offre à des acteurs spécifiques dans son quartier. En outre, d'autres équipes ont indiqué que les CHW travaillent de la manière suivante, en complément de l'offre existante : orientation vers les acteurs des soins de santé de première ligne, clarification de la situation de soins du patient, soutien aux demandes d'allocations et de primes, soutien à la prise et au respect des rendez-vous avec les spécialistes et les médecins généralistes, traduction/interprétation, transfert chaleureux vers les organismes de soins et de bien-être, soutien au suivi du patient, recherche de solutions aux problèmes d'accès aux soins. Par exemple, une équipe flamande a illustré la collaboration avec Médecine pour le peuple et un centre de santé local : « les patients qui ont besoin d'un soutien ou d'une aide supplémentaire sont dirigés vers le CHW. Avec la participation du patient, la secrétaire contacte directement le CHW du quartier. Le CHW effectue une visite à domicile et discute de la demande de soins. » L'équipe flamande donne un autre exemple de collaboration avec un cabinet médical local : « un feed-back est donné au cabinet médical sur les mesures prises par le CHW avec le patient. Il existe une collaboration avec l'assistante sociale du cabinet, le service social de la mutualité et le médecin généraliste. » Une autre équipe flamande ajoute que les CHW assistent également aux visites médicales avec un membre du groupe cible pour apporter leur soutien. Une équipe wallonne estime que cela pourrait également permettre de mieux faire connaître leur travail aux prestataires de soins de santé: "Nous accompagnons régulièrement nos bénéficiaires à leur premier rendez-vous et remettons notre carte de visite en expliquant notre projet. Oui cela fonctionne, et nous insistons régulièrement sur l'objectif final d'autonomie des bénéficiaires.». Il existe également des centres de santé vers lesquels les CHW orientent les personnes sans qu'il y ait d'autre interaction entre eux et le centre de santé. Enfin, une équipe d'une ville flamande montre qu'il existe également une bonne collaboration avec un cabinet dentaire privé : « Grâce à [nom de l'asbl locale], nous avons un bon contact avec un dentiste [nom du cabinet], le seul dentiste figurant sur la carte de [nom de l'asbl locale]. C'est un nouveau cabinet (tout blanc, brillant), mais [nom du CHW] travaille avec eux et oriente les sans-abris et les personnes ayant une carte médicale vers le cabinet. Le dentiste examine avec le client ce dont il a besoin et cherche des solutions abordables (par exemple, en fonction des prothèses dentaires). »

Outre le fait que les acteurs des soins de première ligne assurent le suivi des personnes orientées par les CHW, ils orientent également à leur tour vers les CHW les personnes qui ont besoin d'un soutien supplémentaire, bien que dans une mesure limitée. Si des personnes sont orientées, elles proviennent de médecins généralistes, de pharmaciens, de maisons médicales, de psychologues, de centres de santé de quartier, d'infirmiers et de services sociaux de l'hôpital local. En outre, certains acteurs de première ligne fournissent un aperçu de la situation du patient et en assurent le suivi. Ils orientent également les patients, y compris dans les dossiers complexes, et impliquent les CHW dans cette

démarche. Certaines équipes ont indiqué que les orientations par les prestataires de soins de santé sont souvent limitées.

Encadré 3.3 : illustration de la collaboration d'une équipe CHW flamande avec des acteurs de première ligne locaux

corganisme de permanence de [nomet recevons des clients transférés problèmes médicaux et santé pour les du projet], un CHWqui ont besoin d'un sociaux, orientation » groupes socio-fait office deaccompagnement économiquement traducteur ou supplémentaire. Par exemple, vulnérables] » d'interprète. Leurs nous allons plus loin ensemble en bénévoles sont pous rendant à des rendez-de toutes les vous chez des médecins activités. » généralistes ou en apportant notre soutien pour l'administratif. » « Offrir une thérapie de lorganisation nous sommes souvent (beaucoup d'informations groupe » sont transmises via via) en contact avec des sont transmises via via) en contact avec des faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les médicale (Orientation vers les médicales acteurs, par mail ou et orientation vers les médicale/de bons inceurs deprestataire, nous généralistes,	Organisation	Collaboration	Rôle du CHW	Rôle de l'organisation
corganisme de permanence de [nomet recevons des clients transférés problèmes médicaux et santé pour les du projet], un CHWqui ont besoin d'un sociaux, orientation » groupes socio-fait office deaccompagnement économiquement traducteur ou supplémentaire. Par exemple, vulnérables] » d'interprète. Leurs nous allons plus loin ensemble en bénévoles sont pous rendant à des rendez-de toutes les vous chez des médecins activités. » généralistes ou en apportant notre soutien pour l'administratif. » « Offrir une thérapie de lorganisation nous sommes souvent (beaucoup d'informations groupe » sont transmises via via) en contact avec des sont transmises via via) en contact avec des faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins (Orientations vers les médicale (Orientation vers les médicales acteurs, par mail ou et orientation vers les médicale/de bons inceurs deprestataire, nous généralistes,		Ad	teur de première ligne	
tranté pour les du projet], un CHWqui ont besoin d'un sociaux, orientation » groupes socio-fait office deaccompagnement économiquement traducteur ousupplémentaire. Par exemple, d'interprète. Leurs nous allons plus loin ensemble en bénévoles sont nous rendant à des rendez-vous à également au courant l'hôpital, en prenant des rendez-de toutes les vous chez des médecins activités. » généralistes ou en apportant notre soutien pour l'administratif. » (**[Nom de « Référence parce que nous sommes souvent (beaucoup d'informations groupe » l'organisation nous sommes souvent (beaucoup d'informations groupe » l'organisation personnes qui ont suble un traumatisme et qui ont des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien psychologique] peut apporter un soutien propose des thérapies de groupe avec interprète. » **Médecins** « Orientations vers les de groupe avec interprète. » **Médecins** « Orientations vers les le CPAS pour la garantie vers le CHW vers le CHW igne dans le quartier, médicale acteurs, par mail ou et orientation vers les médicale/de bons soins de qualité » acteurs de prestataire, nous généralistes,	« [Nom d	e« Lors de la	« Nous leur transférons des clients	« Résolution des
groupes socio-fait office deaccompagnement ousupplémentaire. Par exemple, rulnérables] » d'interprète. Leursnous allons plus loin ensemble en bénévoles sont nous rendant à des rendez-vous à également au courant/'hôpital, en prenant des rendez-de toutes les vous chez des médecins activités. » généralistes ou en apportant notre soutien pour l'administratif. » (Nom de « Référence parce que l'organisation nous sommes souvent (beaucoup d'informationsgroupe » sont transmises via via) entre des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » ** Médecins « Orientations vers les de groupe avec interprète. » ** Médecins (Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique) peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » ** Médecins (Nom de l'organisation fournissant un soutien propose des thérapies de groupe avec interprète. » ** Médecins (Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique) peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » ** Médecins (Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique) peut apporter un soutien psychologique peut apporter un soutien propose des thérapies de groupe avec interprète. » ** Accompagnement une assistance et orientation vers les médicale/de bons médicales acteurs, par mail ou hôpitaux, les médecins soins de qualité » genéralistes,	l'organisme d	epermanence de [nom	et recevons des clients transférés	problèmes médicaux et
d'interprète. Leurs nous allons plus loin ensemble en bénévoles sont nous rendant à des rendez-vous à également au courant l'hôpital, en prenant des rendez-de toutes les vous chez des médecins activités. » généralistes ou en apportant notre soutien pour l'administratif. » (**Nom de « Référence parce que nous sommes souvent nous sommes via via) (**Deaucoup d'informations groupe ** sont transmises via via*) **Inscrire les gens ** **	santé pour le	sdu projet], un CHW	qui ont besoin d'un	sociaux, orientation »
d'interprète. Leursnous allons plus loin ensemble en bénévoles sont nous rendant à des rendez-vous à également au courant! hôpital, en prenant des rendez-de toutes lesvous chez des médecins activités. » généralistes ou en apportant notre soutien pour l'administratif. » « (Plom de « Référence parce que l'organisation nous sommes souvent (beaucoup d'informations groupe » sont transmises via via) en traumatisme et qui ont des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » « Orientation vers le généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, medicale acteurs, par mail ou hôpitaux, les médecins soins de qualité » généralistes, acteurs de prestataire, nous généralistes,	groupes socio	o-fait office de	accompagnement	
bénévoles sont nous rendant à des rendez-vous à également au courant l'hôpital, en prenant des rendez-de toutes les vous chez des médecins activités. » généralistes ou en apportant notre soutien pour l'administratif. » (** [Nom de Référence parce que en contact avec des sont transmises via via) out en contact avec des sont transmises via via) entre faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » (** Médecins en Corientations vers les dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres enfedicales acteurs, par mail ou et orientation vers les médicale/de bons soins de qualité » acteurs deprestataire, nous généralistes,	économiquemer	ttraducteur ou	supplémentaire. Par exemple,	
également au courant l'hôpital, en prenant des rendezde toutes les vous chez des médecins généralistes ou en apportant notre soutien pour l'administratif. » « [Nom de « Référence parce que l'organisation nous sommes souvent fournissant unen contact avec des sont transmises via via) ent des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les de groupe dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou fourniss de viex les viex de prestataire, nous généralistes,	vulnérables] »	d'interprète. Leurs	nous allons plus loin ensemble en	
de toutes les vous chez des médecins généralistes ou en apportant notre soutien pour l'administratif. » « [Nom de « Référence parce que l'organisation nous sommes souvent fournissant unen contact avec des sont transmises via via) personnes qui ont subi entre de l'organisation nous des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les de groupe avec interprète le CPAS pour la garantie vers le CHW dentistes, ligne dans le quartier, médicale et orientation vers les médicale/de bons not destéléphone du hôpitaux, les médecins soins de qualité » généralistes,		bénévoles sont	nous rendant à des rendez-vous à	
activités. » généralistes ou en apportant notre soutien pour l'administratif. » « [Nom de Référence parce que l'organisation nous sommes souvent fournissant un en contact avec des personnes qui ont subi ont des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou fournistation, pur la genetation vers les médicales acteurs, par mail ou fournistation, souties pur souties et orientation vers les médicale/de bons soins de qualité » généralistes,		également au courant	l'hôpital, en prenant des rendez-	
soutien pour l'administratif. » (Rom de Référence parce que nous sommes souvent fournissant un en contact avec des personnes qui ont subi un traumatisme et qui ont des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » (Médecins (Orientations vers les généralistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou incteurs de prestataire, nous souten généralistes,		de toutes les	vous chez des médecins	
(Nom de Référence parce que l'organisation nous sommes souvent soutien personnes qui ont subi un traumatisme et qui ont des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » * Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou increte les fersones des téléphone du hôpitaux, les médecins groupe » * Orientation (beaucoup d'informations groupe » * Inscrire les gens » * Inscrire les gens » * Orientation (beaucoup d'informations groupe » * Orientation (controlle) * Orientation vers les mont une thérapie de (beaucoup d'informations groupe » * Orientation (controlle) * Orientation vers (contro		activités. »	généralistes ou en apportant notre	
(beaucoup d'informations groupe » soutien personnes qui ont subi ont des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » * Médecins * Orientations vers les généralistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou interur de prestataire, nous (beaucoup d'informations groupe » sont transmises via via) • Inscrire les gens » • Orientation vers e (Beaucoup d'informations groupe » • Inscrire les gens »			soutien pour l'administratif. »	
soutien personnes qui ont subi ont des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » ** Médecins ** Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou intramatisme et qui nont subi nont des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » ** Orientation vers le CPAS pour la garantie médicale médicale ** Fournir une assistance médicales acteurs, par mail ou hôpitaux, les médecins soins de qualité » acteurs de prestataire, nous généralistes,	« [Nom d	e« Référence parce que	« Orientation	« Offrir une thérapie de
ont des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » **Médecins** **Médecins** **Médecins** **Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou acteurs de prestataire, nous généralistes, **Médecins** **Orientation vers les médecins soins de qualité » acteurs de prestataire, nous généralistes,	l'organisation	nous sommes souvent	(beaucoup d'informations	groupe »
ont des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » A Médecins « Orientations vers les pénéralistes, acteurs de première le CPAS pour la garantie vers le CHW entistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres acteurs, par mail ou et orientation vers les médicale/de bons soins de qualité » facteurs de prestataire, nous généralistes,	fournissant u	nen contact avec des	sont transmises via via)	
ont des difficultés à faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les pénéralistes, acteurs de première le CPAS pour la garantie vers le CHW entistes, ligne dans le quartier, médicale le croientation vers les médicales acteurs, par mail ou et orientation vers les médicale/de bons soins de qualité » facteurs de prestataire, nous généralistes,	soutien	personnes qui ont sub	 Inscrire les gens » 	
faire face à leurs nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou froms destéléphone du mateurs de prestataire, nous généralistes, A Corientation vers e « Orientation vers le CPAS pour la garantie vers le CHW e Fournir une assistance médicales médicales soins de qualité » soins de qualité »	psychologique] >	un traumatisme et qu		
nouvelles conditions de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou froms destéléphone du mateurs de prestataire, nous nous destéléphone du mateurs de prestataire, nous généralistes,		ont des difficultés à		
de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » * Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou fonts destéléphone du materialistes, nous généralistes, de vie. [Nom de l'organisation fournissant un soutien with apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » e « Orientation vers le CPAS pour la garantie vers le CHW en médicale médicale et orientation vers les médicale/de bons soins de qualité » généralistes,		faire face à leurs		
l'organisation fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou et orientation vers les médicales destéléphone du hôpitaux, les médecins psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies le CPAS pour la garantie vers le CHW e Fournir une assistance médicales médicale/de bons soins de qualité » généralistes,		nouvelles conditions		
fournissant un soutien psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » * Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou et orientation vers les médicales destéléphone du hôpitaux, les médecins généralistes, * Orientation vers * Orientation vers * Vers le CHW * Fournir * Description * Neccompagnement * Une assistance * Médicale/de bons * Soins de qualité » * Soins de qualité » * Généralistes,		de vie. [Nom de		
psychologique] peut apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » * Médecins		l'organisation		
apporter un soutien important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » * Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou fonts destéléphone du hôpitaux, les médecins soins de qualité » acteurs de prestataire, nous généralistes,		fournissant un soutier		
important ici car elle propose des thérapies de groupe avec interprète. » * Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou finding des téléphone du hôpitaux, les médecins soins de qualité » acteurs de prestataire, nous généralistes, important ici car elle propose des thérapies de groupes avec des téléphone avec de groupe avec de		psychologique] peut		
propose des thérapies de groupe avec interprète. » « Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, médicale maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou froms destéléphone du hôpitaux, les médecins acteurs de prestataire, nous généralistes, propose des thérapies « Orientation vers le CPAS pour la garantie vers le CHW • Fournir une assistance médicale/de bons soins de qualité » généralistes,		apporter un soutier		
de groupe avec interprète. » • Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou froms destéléphone du hôpitaux, les médecins acteurs de prestataire, nous des des des des des des des des des de		important ici car elle		
de groupe avec interprète. » • Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou froms destéléphone du hôpitaux, les médecins acteurs de prestataire, nous des des des des des des des des des de		·		
interprète. » * Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou fonctions destéléphone du hôpitaux, les médecins acteurs deprestataire, nous médicales généralistes, * Orientation vers le vers le CHW * Fournir * Accompagnement une assistance médicales médicale/de bons soins de qualité » * Acteurs deprestataire, nous généralistes,		· ·		
 Médecins « Orientations vers les généralistes, acteurs de première dentistes, ligne dans le quartier, maisons renvois vers d'autres médicales acteurs, par mail ou froms destéléphone du hôpitaux, les médecins acteurs de prestataire, nous Médecins « Orientation vers les wers le CHW (Note of the CPAS pour la garantie vers la charactie vers la char				
généralistes, acteurs de première le CPAS pour la garantie vers le CHW dentistes, ligne dans le quartier, médicale • Fournir maisons renvois vers d'autres • Accompagnement une assistance médicales acteurs, par mail ou et orientation vers les médicale/de bons froms destéléphone du hôpitaux, les médecins soins de qualité » acteurs de prestataire, nous généralistes,		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
généralistes, acteurs de première le CPAS pour la garantie vers le CHW dentistes, ligne dans le quartier, médicale • Fournir maisons renvois vers d'autres • Accompagnement une assistance médicales acteurs, par mail ou et orientation vers les médicale/de bons froms destéléphone du hôpitaux, les médecins soins de qualité » acteurs de prestataire, nous généralistes,	« Médecins	« Orientations vers les	« Orientation vers	• « Orienter
dentistes, ligne dans le quartier, médicale • Fournir maisons renvois vers d'autres • Accompagnement une assistance médicales acteurs, par mail ou et orientation vers les médicale/de bons froms destéléphone du hôpitaux, les médecins soins de qualité » acteurs deprestataire, nous généralistes,	généralistes,	acteurs de première	le CPAS pour la garantie	vers le CHW
maisons renvois vers d'autres • Accompagnement une assistance médicales acteurs, par mail ou et orientation vers les médicale/de bons Inoms destéléphone du hôpitaux, les médecins soins de qualité » acteurs deprestataire, nous généralistes,	dentistes,	ligne dans le quartier,	médicale	• Fournir
médicales acteurs, par mail ou et orientation vers les médicale/de bons Inoms destéléphone du hôpitaux, les médecins soins de qualité » acteurs deprestataire, nous généralistes,	maisons			une assistance
noms destéléphone du hôpitaux, les médecins soins de qualité » acteurs de prestataire, nous généralistes,	médicales	acteurs, par mail ou	, -	
acteurs de prestataire, nous généralistes,	[noms de	•		
		-	· ·	·

première	ligne	coordonnées d'ui	7	• 5	ur la bas	se de la	
concrets] »		client, prenon	s	demande		d'aide,	
		contact avec lui e	t	recherche	e de	l'aide	
		assurons la suite de	2	approprie	ie		
		l'accompagnement. »		• R	ôle inj	formatif	
				sur le foi	nctionnen	nent du	
				système de soins de santé			
				et de bien-être.			
				• R	ôle	de	
				facilitate	ır dai	ns la	
				communication			
				0	Clo	arifier	
				0	Tr	aduire	
				• R	ôle de so	utien et	
				d'encouragement »			

Facilitateurs de liens de collaboration

L'un des principaux facteurs facilitant la collaboration entre les acteurs de première ligne et les CHW est le profil unique de ces derniers. Une équipe flamande a illustré cela en déclarant : « Les CHW vivent eux-mêmes dans les quartiers et/ou connaissent très bien les quartiers. De ce fait, ils comprennent mieux les habitants et connaissent leurs besoins. Cela permet de mieux aligner les besoins des patients et des organismes de soins de première ligne » Ils affirment également que les langues parlées par les CHW constituent un avantage supplémentaire dans le cadre d'une collaboration visant à communiquer de manière accessible et peu contraignante avec les personnes du groupe cible. En outre, les CHW ont cité leur dynamisme, leur honnêteté, leur humanité et leur motivation comme des atouts importants pour façonner les collaborations en concertation, par exemple en organisant des permanences au sein de l'organisation partenaire. L'objectif commun et la relation de confiance facilitent également la collaboration. Une équipe flamande complète : « Le point de départ est qu'une telle collaboration ne peut réussir que si toutes les parties y trouvent leur compte et que la collaboration est façonnée dès le départ par une contribution égale de toutes les parties. Il s'agit donc d'un petit projet commun, qui ne cesse de grandir et de prendre forme. La souplesse et la flexibilité du CHW constituent une valeur ajoutée absolue pour répondre rapidement à des conditions en constante évolution, par exemple les mesures en constante évolution du Corona. Mais également les circonstances au sein de l'organisation ou de l'environnement. » Pour répondre à ces circonstances changeantes, le coach de cette équipe organise régulièrement des moments de concertation avec les organisations partenaires afin de réagir et de s'adapter si nécessaire. L'équipe de Bruxelles a également fait valoir que la sollicitude des CHW, qui répondent aux besoins du groupe cible, facilite grandement l'établissement de liens de collaboration. Une équipe wallonne a ajouté que la clarification des tâches et des rôles est un facteur de facilitation supplémentaire. La première année, l'accent a été mis sur la communication, par exemple, en Flandre, par l'envoi à toutes les zones de première ligne d'une communication contenant une fiche d'information complétée par les rôles. Il a été ajouté qu'à Bruxelles, cette communication a lieu grâce à la présence des CHW sur le terrain, et que lors des réunions et des suivis, les rencontres avec les acteurs de première ligne deviennent plus fréquentes. Une équipe flamande a déclaré : « dès le début, nous engageons le dialogue et nous nous

mettons d'accord sur la manière dont le projet CHW peut prendre forme, sur les besoins prioritaires en matière de santé, sur le CHW le mieux placé pour cela ou sur ce que le CHW en question peut offrir comme valeur ajoutée. Il s'agit d'une approche stratégique visant à maximiser les chances de réussite. »L'engagement continu en faveur d'une bonne co_mmunication est un élément essentiel indiqué par les équipes, qui se fait en faisant personnellement connaissance avec les prestataires et le responsable, mais aussi en partageant le travail du CHW par le biais des médias sociaux, d'un magazine local, d'autres magazines ou journaux ou par le bouche-à-oreille. Selon les équipes, la mise en évidence de la nouvelle définition des rôles à cet égard était également un point d'attention important. L'équipe de Bruxelles a conclu en déclarant que "Un projet plus stable sur le long terme avec un cadre clair afin de crédibiliser le projet." peut également être un facilitateur important pour d'autres collaborations.

1.4.2. Liens de collaboration existants avec les acteurs de bien-être

Outre les collaborations avec les acteurs de première ligne, les CHW travaillent également avec les acteurs de bien-être, notamment les travailleurs sociaux, y compris ceux des mutualités. À propos de ces collaborations avec les acteurs du bien-être, une équipe flamande a déclaré que : « Il est parfois impossible de ne pas inclure les questions non liées à la santé, par exemple Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) : dans l'intérêt de l'enfant et des parents, il est important de faire le lien (par exemple, problèmes d'apprentissage, problèmes financiers, problèmes mentaux, handicaps, etc). » En ce qui concerne la collaboration avec les acteurs de bien-être, une équipe flamande a indiqué que : « les demandes d'allocations/de primes sont organisées en collaboration avec le service social des mutualités. Les CHW fournissent un soutien administratif sur mesure et traduisent les procédures compliquées dans la langue maternelle. »

Plusieurs équipes ont indiqué que ce sont les travailleurs du bien-être plutôt que les prestataires de soins qui leur adressent les personnes qui ont besoin d'aide. En ce qui concerne l'éducation, il s'agit des éducateurs, des enseignants en orientation sociale et des centres d'enseignement primaire. En outre, les travailleurs sociaux des asbl locales orientent souvent vers les CHW, par exemple une association pour les travailleurs du sexe et des organisations telles que le Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW), les Centres de services, les Services sociaux des Mutualiés, le Centre public d'aide sociale (CPAS) et SAAMO. Les gestionnaires de quartier, les travailleurs de rue, le community organizing et les gardiens de la paix réorientent également vers les CHW. Enfin, des collaborateurs d'organisations très diverses orientent également vers les CHW, notamment La Croix-Rouge, les banques alimentaires, l'équipe des droits de l'enfant, les guides de santé, le kiosque de santé, les coaches emploi, la société de logement social et d'autres encore.

L'équipe flamande, qui a déjà illustré les liens de collaboration avec les acteurs de première ligne dans l'encadré 3.3, a complété avec ses propres mots les liens de collaboration avec les acteurs de bienêtre dans l'encadré 3.4. Ils ont également illustré la complémentarité de ce partenariat en décrivant le rôle du CHW et celui de l'organisation partenaire.

Encadré 3.4 : aperçu de la collaboration d'une équipe CHW flamande avec des acteurs de bien-être locaux et d'autres organisations

Organisation	Collaboration	Rôle du CHW	Rôle de				
			l'organisation				
Autres organisations							
« Mutualités » « Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW) »	« Orientation des CHW vers les mutualités, pas de collaboration active, peut-être plus d'opportunités de collaboration à l'avenir ? (pas exemple, utiliser les bureaux, être présent pour s'adresser aux membres,) » « Présence à des sous-activités [nome des sous-activités concrètes], le CAW communique les numéros du CHW examen plus approfondi et	s« Prendre des rendez- nvous, accompagner à la smutualité, traduire » s« Soutien et l'accompagnement aux présence tphysique et discussione avec les personnes lors l'des sous-activités,	mettre le dossier en ordre du côté administratif, pas d'orientation des mutualités vers le CHW » « Soutient des groupes cibles vulnérables (entre autres les sansabri) »				
« Travail a proximité [nom] »	le« Centre communautaire avec une large couverture du groupe cible et ils adressent les questions de santé au CHW, collaboration forte et durable entre [nom du centre communautaire] & CHW. » Les CHW se sentent che eux, ils utilisent les différents équipements de [nom du centre communautaire] »	questions sur la santé, participer à des discussions de groupe »	« Répondre aux questions sur d'autres thèmes + orienter, faciliter les discussions de groupe »				
« SAAMO »	« Collaboration liée à une personne ou à un projet »	e« S'adresser aux gens, les CHW redirigent vers l'offre SAAMO, Samen op straat (travail de proximité) »	dans la rue (travail de proximité) »				
locale pour le	bl« Collaboration étroite, réorientation es de [nom de l'asbl locale pour les lutravailleurs du sexe] au CHW, Samer op straat (travail de proximité) »	(approche de					

		travailleurs c transmet »	lu sexe]		
_	« Collaboration active, présence pendant les cours (2 sites -	•		« Orientation diffusion	et de
	hebdomadaire), orientation du LIGO vers le CHW, le CHW figure avec photo dans le dossier LIGO pour les participants. »	familles »	ent de	l'information »	
communautaire [nom] »	« En étant présent, j'ai beaucoup appris sur le quartier, le système de santé et de bien-être (par exemple les allocations), l'orientation du centre communautaire vers le CHW »	utilise le lieu »	présent,	« Réorientation »	,

1.4.3. Défis et mesures d'atténuation potentielles

En discutant des défis et des mesures d'atténuation potentielles liés à la connexion du projet CHW aux soins de santé, nous nous concentrons d'abord sur les obstacles du côté des acteurs de première ligne et du projet CHW. Nous nous concentrons ensuite sur la collaboration mutuelle limitée. La répartition des compétences et le partage des informations communes sont également abordés. Enfin, nous nous tournons également vers l'avenir pour voir comment cette connexion avec les soins de santé pourrait être améliorée.

1.4.3.1. Défis

Obstacles du côté des acteurs de première ligne et du projet CHW

Outre les collaborations réussies, il existe également des aspects qui rendent difficiles ces collaborations entre le projet CHW et les acteurs de première ligne : tant du côté des acteurs de première ligne que du côté du projet CHW.

Tout d'abord, en ce qui concerne les obstacles liés aux acteurs des soins de première ligne, les équipes ont indiqué qu'une véritable collaboration est entravée par plusieurs facteurs : le manque de temps des prestataires de soins de santé, le refus de nouveaux patients chez les médecins et dans les maisons médicales, et le manque de personnel. L'une des équipes a déjà tenté d'établir une collaboration avec des médecins d'un cabinet de médecine générale, des services de santé mentale et une maison médicale. Toutefois, cette équipe a indiqué qu'un enthousiasme modéré pouvait être noté en raison de la surcharge et de la lourde charge de travail des médecins généralistes, ainsi que du manque de temps et de ressources pour explorer la manière dont cette collaboration devrait prendre forme. Une équipe a également indiqué que l'attitude individuelle d'un prestataire de soins de santé fait parfois une énorme différence en facilitant ou en entravant les collaborations. Les compétences linguistiques du prestataire peuvent également constituer un obstacle. Ils ont également souligné que certaines orientations se sont soldées par une déception, ce qui illustre l'importance de la collaboration avec des partenaires du secteur des soins de santé et de bien-être qui sont ouverts au groupe cible. Une

équipe flamande a illustré : « Les mailles du filet social ne sont pas faciles à resserrer. Nous nous heurtons aux blocages des organismes qui ne nous apportent pas l'aide nécessaire » Enfin, il y a des problèmes de circulation de l'information au sein de l'organisation, ce qui fait que les personnes en interne ne sont pas toujours au courant de certaines collaborations.

Deuxièmement, en ce qui concerne les obstacles liés au projet CHW, une équipe wallonne a déclaré que l'un des plus grands défis était de se faire connaître auprès des associations et des organisations de santé existantes. Une équipe flamande a ajouté que « les rôles/la mission/la vision de la collaboration ne sont pas clairs, ce qui fait que les CHW ne sont pas pris au sérieux, qu'ils ne sont utilisés que comme interprètes, ... Quelques-uns éprouvent de ce fait des difficultés à fixer les limites dans les collaborations ». D'autres équipes flamandes, wallonnes et bruxelloises ont convenu que la méconnaissance du projet pouvait provoquer des réactions défensives ou la crainte que les CHW fassent le même travail. Toujours en ce qui concerne le groupe cible, l'équipe de Bruxelles a noté que la valeur ajoutée des CHW n'est pas toujours évidente. Une équipe wallonne a ajouté que l'un des inconvénients de ces collaborations est qu'elles prennent beaucoup de temps, ce qui peut se faire au détriment du soutien aux personnes. Une équipe flamande a indiqué que les tâches des CHW sont déjà bien nombreuses et qu'il n'y a donc pas toujours de place pour une nouvelle collaboration avec les organisations locales qui contactent l'équipe locale de CHW par le bouche-à-oreille. Une équipe wallonne a ajouté qu'en raison de contraintes de temps, il n'est pas toujours évident de maintenir les contacts avec les organisations locales.

Collaboration mutuelle limitée

Une équipe wallonne et flamande a souligné qu'il est non seulement important que le projet CHW établisse une collaboration avec les services de soins de santé, mais aussi que les services de soins de santé collaborent mieux entre eux. Les équipes ont indiqué qu'elles se sentaient impuissantes face aux particularités de leur ville, où la collaboration mutuelle entre les différents acteurs du secteur des soins de santé est souvent limitée. En outre, le fait que, dans certaines organisations, les collaborateurs disposent de peu d'espace pour collaborer constitue un obstacle supplémentaire. Néanmoins, les équipes ont indiqué comment les collaborations pourraient être davantage encouragées. Une bonne communication et concertation sont essentielles. Il est également important que les organisations de soins de santé améliorent la collaboration et la communication entre leurs services. Une équipe wallonne a déclaré : "Nous constatons qu'après nos présentations, le personnel n'ayant pas participé à la réunion n'est pas au courant de notre existence". Par exemple, plusieurs équipes ont indiqué que la fragmentation du paysage des acteurs des soins de santé fait que chacun travaille dans son coin et qu'une collaboration approfondie est difficile.

En outre, une équipe bruxelloise et wallonne a indiqué qu'une collaboration étroite avec une organisation peut également être restrictive, par exemple en ne travaillant que pour les membres de cette organisation. Un autre inconvénient cité par une équipe flamande est qu'il faut faire attention à ne pas collaborer avec des organisations ayant une image négative, car cela pourrait se répercuter sur les CHW.

Répartition des compétences

La répartition des compétences entre les autorités fédérales et régionales a constitué un défi pour les CHW. Par exemple, une équipe bruxelloise a déclaré qu'elle souhaitait travailler en dehors de la répartition fédérale des compétences :« pouvoir mener des actions sur le terrain de manière élargie (ne pas être limité à ce qui est uniquement de la compétence fédérale ». Toutefois, cela n'est pas possible actuellement dans le cadre de ce projet, mais les participants à l'atelier ont indiqué que cela offrirait des possibilités intéressantes pour l'avenir si la répartition des compétences était autorisée à ce stade.

Partage d'informations

Le partage des informations entre les CHW et les prestataires de soins n'est pas encore simplifié pour l'instant. Les CHW n'utilisent pas actuellement de lettres d'orientation ou d'autres moyens structurels pour partager l'information. Il s'agit d'un point d'attention pour l'avenir, afin d'examiner la meilleure façon de l'organiser. Actuellement, les CHW adoptent des méthodes ad hoc pour partager l'information : il peut s'agir d'être présent en personne lors d'une consultation avec un prestataire de soins de santé - après consentement des deux parties, le patient et le médecin, mais aussi de partager l'information par d'autres moyens. Une équipe flamande a ainsi déclaré : « Nous n'utilisons pas de lettres d'orientation mais nous prenons contact par téléphone et nous nous présentons comme CHW lorsque nous devons prendre des rendez-vous pour les clients. » Je leur donne aussi toujours ma carte de visite qu'ils peuvent montrer si nécessaire. Lorsque les clients se rendent dans certaines organisations, nous écrivons parfois déjà quelques mots-clés sur papier et nous leur donnons notre numéro de téléphone afin que les prestataires puissent nous appeler pour obtenir davantage d'informations. » Une autre équipe flamande a ajouté que certains CHW remettent au patient un dépliant sur le projet CHW, avec, par exemple, des informations supplémentaires au verso sur un rendez-vous avec le spécialiste, que le patient peut montrer à son médecin généraliste. Une équipe wallonne a ajouté qu'en plus du contact téléphonique et de la présence en personne, elle assure également un suivi par mail. Selon une équipe wallonne, il fallait également veiller à ce que les règles relatives à la protection de la vie privée soient respectées, mais qu'il y ait également des possibilités d'échange d'informations dans ce cadre, dans l'intérêt d'un soutien adéquat aux personnes du groupe cible. Une équipe flamande a indiqué que ce partage d'informations n'est pas toujours possible et entrave le bon fonctionnement.

1.4.3.2. Vision des équipes CHW concernant les collaborations futures avec les organisations de première ligne

Potentielles collaborations futures

Toutes les équipes ont indiqué qu'il serait utile de travailler plus étroitement avec les prestataires de soins de santé ou les organisations de soins de santé, tels que les maisons médicales, Médecins du monde, les pharmacies, les pédiatres, les centres de planning familial, les kinésithérapeutes, les psychologues, les dentistes et les cabinets de médecins généralistes. Par exemple, une équipe flamande a déclaré : « une collaboration avec une organisation de soins de première ligne signifie pour nous une réponse optimale aux besoins de chaque patient. Les personnes vulnérables bénéficient d'une

approche accessible et intégrale. Les patients ont besoin d'un soutien pour les questions administratives et pratiques. Par exemple, carte de parking pour les personnes porteuse d'un handicap, allocations, questions relatives à l'éducation, aide-ménagère, loisirs, aidants proches,... Ce soutien peut être important. Les soucis quotidiens provoquent du stress et d'autres troubles physiques et/ou psychologiques. Le rôle du CHW est de s'assurer que ces personnes trouvent leur chemin et accèdent à ce à quoi elles ont droit. Les CHW orientent et soutiennent ces personnes vers les organismes de soins de santé et de bien-être appropriés »Une autre équipe flamande et wallonne a indiqué qu'elle contribuerait également à fournir un soutien meilleur et plus efficace aux personnes du groupe cible, par exemple en apportant un meilleur soutien aux organisations partenaires pour les aspects administratifs et en économisant du temps grâce à des contacts plus étroits pour trouver le soutien ou les services adéquats. Par conséquent, les orientations pourraient se faire plus facilement, et un suivi plus efficace et une aide ciblée pourraient être fournis. Cependant, il est important qu'il y ait une bonne communication et un bon partage de l'information entre les différents acteurs. Une équipe flamande a résumé la situation comme suit : « en travaillant davantage ensemble, nous pouvons informer les gens de leurs droits. De nombreux services et organisations rappellent aujourd'hui aux gens leurs devoirs, mais aident beaucoup moins lorsqu'il s'agit de leurs droits. »Une équipe wallonne a ajouté que cela permettait également aux prestataires de soins d'avoir une meilleure vue d'ensemble de la réalité sur le terrain des personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale.

À l'avenir, les équipes CHW ont estimé qu'il serait utile, en plus des collaborations avec les professionnels de soins de première ligne, de s'engager dans des collaborations avec d'autres prestataires de soins de santé, y compris, par exemple, les services d'urgence des hôpitaux locaux ou des spécialistes. Concrètement, les équipes ont pris en compte les psychiatres, les orthodontistes, les neurologues, les urologues et les oncologues. Par exemple, une équipe flamande a déclaré que « les CHW peuvent assumer la fonction de lien entre les soins de première ligne et les soins de deuxième ligne pour les personnes qui ne disposent d'aucun réseau. À [ville], les patients sont accompagnés à l'hôpital. L'incompétence administrative à la réception, la barrière de la langue, s'y retrouver dans l'hôpital pour aller jusqu'au spécialiste... Voici quelques-uns des obstacles perçus par les résidents locaux. » Les équipes ont vu des opportunités dans les collaborations à double sens. D'une part, les CHW pourraient aider à surmonter les obstacles à l'accès aux soins spécialisés, par exemple en aidant les personnes à consulter un spécialiste. D'autre part, une équipe flamande a également indiqué qu'il serait utile que l'hôpital puisse également détecter et orienter les personnes en situation de vulnérabilité sociale, comme : les personnes qui n'ont aucune affiliation à la mutualité : les personnes qui ne peuvent pas payer leur facture d'hôpital; les personnes qui séjournent dans le service psychiatrique et qui ont des besoins d'assistance supplémentaires. Cependant, une équipe flamande a donné comme contre-argument à la mise en place d'une collaboration avec la deuxième ligne que cela ne devrait pas être le rôle du CHW « parce que le groupe cible doit d'abord s'adresser au prestataire de soins de première ligne (c'est souvent le défi). Si vous avez la première ligne avec vous, vous avez tout le monde avec vous. »

Les équipes ont exprimé leur souhait de développer des collaborations non seulement avec les acteurs du secteur des soins de santé, mais aussi avec les acteurs du secteur du bien-être. Une équipe flamande a indiqué qu'il lui semblait intéressant de travailler également avec les services sociaux des sociétés de logement et les services d'intégration et d'insertion. Une équipe wallonne a ajouté qu'il

serait également important de travailler avec les communes et les services communaux et d'obtenir un soutien politique pour ces collaborations.

Optimisation des collaborations (futures)

Tout comme il existe des défis tant au niveau du système de santé qu'au sein du projet CHW et du contexte plus large, des actions des deux côtés pourraient permettre d'optimiser davantage les collaborations. Les équipes ont proposé plusieurs idées concernant la manière dont les collaborations pourraient être intensifiées. Une équipe flamande résume : « La collaboration idéale consisterait à rechercher et approcher les personnes les plus vulnérables, clarifier la demande de soins, faire un renvoi chaleureux vers les soins de première ligne et laisser partir les patients en toute tranquillité d'esprit! ».

Du côté des prestataires de soins, les équipes ont indiqué que lorsqu'elles travaillent avec des partenaires de soins, il est important que les membres soient ouverts aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale, et qu'ils aient une bonne réputation auprès de ce groupe cible. Ceci afin de ne pas saper la confiance. Pour ce premier défi, une équipe a indiqué qu'une formation sur le travail sensible à la culture pourrait potentiellement apporter un soulagement partiel. Plusieurs équipes ont indiqué que les collaborations pourraient être optimisées en ayant des personnes de contact fixes au sein des services et des organisations, ce qui, selon elles, rendrait le travail plus fluide et plus efficace. Une équipe flamande a déclaré : « Un point de contact clair au sein de chaque organisation, auquel nous pouvons nous adresser directement pour une demande d'aide, peut accélérer et améliorer la fourniture d'aide ».

D'autres mesures peuvent également être prises au niveau du projet CHW lui-même pour générer des collaborations. Actuellement, certaines équipes ont indiqué qu'elles ont le sentiment de ne pas toujours être prises au sérieux. Selon différentes équipes, une première étape importante qui doit être franchie pour établir des accords de collaboration est une meilleure connaissance et reconnaissance du rôle des CHW. Plusieurs équipes de différentes régions ont indiqué que le rôle des CHW n'est pas toujours clair pour les prestataires de soins, de sorte que les attentes en matière de soutien ne peuvent pas toujours être satisfaites. Une équipe flamande a déclaré : « Le rôle des community health workers n'est pas toujours clair, de sorte que nous pouvons être appelés en tant qu'interprète ou à la place d'un volontaire qui arrive ensuite, on s'attend aussi à ce que nous traitions des questions qui n'ont rien à voir avec les soins de santé, ... ». Les équipes de toutes les régions ont indiqué qu'il était important de mieux faire connaître aux prestataires de soins et aux organisations la mission du projet CHW et la nouvelle description de leur rôle (cf. chapitre I), afin d'accroître la visibilité et la crédibilité. Cela pourrait contribuer à rapprocher le projet des prestataires de soins existants et à le faire connaître davantage dans le paysage des soins de santé. Une équipe flamande a déclaré : « Une fois que les organisations auront réalisé que nous avons un impact, nous espérons qu'elles prendront plus au sérieux l'intérêt de travailler ensemble ». Une bonne communication entre le projet CHW et les organisations, et entre ces organisations, est donc essentielle. Il est également important de conclure ici des accords de collaboration clairs. Une équipe de discussion a indiqué qu'il est important d'avoir des accords de collaboration clairs avec les partenaires, en discutant ensemble des tâches et des objectifs. Ils affirment que cela peut conduire à un plus grand soutien de la collaboration au sein de l'organisation, ainsi qu'à une augmentation de la contribution et de l'impact potentiels des CHW. Une équipe flamande a ajouté qu'il est par ailleurs extrêmement important que les tâches soient

bien définies et que le suivi des renvois soit assuré. L'équipe bruxelloise a aussi exprimé l'importance pour les CHW d'être officiellement reconnus par les acteurs belges de la santé comme des professionnels de terrain. Une équipe de discussion nuance en disant qu'elle note que le rôle du CHW commence quand même à être mieux connu. Pour développer le réseau, une équipe de discussion a vu un rôle pour chacun des acteurs du projet CHW: CHW, coaches, coordinateurs et politique. Cela permettra aux CHW d'exploiter davantage le réseau sur le terrain. Ils ont déclaré que les coaches pourraient également contribuer au développement d'accords de collaboration par leur présence sur le terrain et leur participation aux activités. Les coordinateurs peuvent alors, à leur tour, davantage au niveau méso, mettre en place et suivre le réseau supra-local avec, par exemple, les maisons médicales, les hôpitaux et les services de santé des villes. Les équipes de discussion ont indiqué qu'il est important de maintenir une communication régulière avec le réseau de soins de santé et que les partenaires au niveau politique doivent être impliqués dans le développement d'accords de collaboration. Les CHW pourraient également miser davantage sur la tenue de permanences dans les organisations de soins et de bien-être. En outre, plusieurs équipes ont indiqué qu'un contact direct entre les CHW et l'organisation serait un pas important dans la bonne direction. Une équipe de discussion a fait valoir que les liens avec le système de santé devraient idéalement être établis sur mesure pour les organisations et les CHW.

La politique a également un rôle important à jouer, selon les équipes de discussion présentes lors de l'atelier. Une équipe a indiqué qu'il est important pour eux de faire partie intégrante du système de santé, en affirmant que le « courage politique » est nécessaire pour « la reconnaissance structurelle, où nous serons reconnus comme faisant partie du système de santé formel ». Cependant, ils ont indiqué qu'il est également très important de maintenir l'indépendance des CHW. Il s'agit d'un exercice d'équilibre important. Par ailleurs, les équipes ont indiqué les choses à traiter dans un cadre plus large, telles que : la suppression des listes d'attente, l'utilisation d'interprètes, la simplification de l'administration lors de la demande de primes et d'interventions, la simplification des renvois entre les prestataires de soins de première ligne et les prestataires de soins spécialisés. C'est ce que résume une équipe flamande : « Souvent, nous sommes nous-mêmes dépendants de beaucoup de facteurs et nous ne pouvons pas aider suffisamment les gens ».

Veiller à une indépendance

Une équipe flamande et une équipe wallonne ont suggéré qu'il serait également intéressant d'explorer si une collaboration permanente entre un CHW et l'hôpital, la mutualité ou la maison communale pourrait être une piste possible dans le futur. Par exemple sous la forme d'une permanence fixe dans les bâtiments de ces organisations ou de la mise à disposition d'un local fixe dans les organisations. Une équipe bruxelloise souligne toutefois que cette collaboration ne doit pas non plus compromettre la grande valeur ajoutée du travail des CHW en ce qui concerne la flexibilité. Ils ont déclaré : « Une coopération idéale avec une organisation de soins de première ligne devrait être limitée à certains jours par semaine car sinon on perd en flexibilité dans notre rôle. L'ensemble des membres de l'organisation doivent bien comprendre les tâches/missions du CHW pour pouvoir référer les bénéficiaires pour les bonnes raisons ».

Une équipe flamande a noté que leur position intermutualiste et indépendante est très précieuse et importante, pour ne pas dépendre des règles restrictives de certaines organisations ou instances de soins. Durant l'atelier, il a été signalé que les CHW ont rapproché les mutualités. Un coach flamand a

indiqué que le fonctionnement actuel sous le parapluie intermutualiste fonctionne bien. Cependant, ils n'ont pas souhaité une « intégration du projet CHW dans une mutualité, faisant du projet CHW un des nombreux services qu'une mutualité peut offrir. Ma crainte est que cela fasse perdre au projet sa souplesse, sa résilience et sa flexibilité. Le statut autonome du projet offre l'indépendance nécessaire pour être agile et résilient. Cette indépendance permet à un CHW d'être déployé là où les besoins sont les plus élevés, par exemple [nom de l'organisation locale] ou les personnes sans résidence légale. Nous craignons de perdre cela en cas d'intégration dans une mutualité. ».

1.5. Matériel de soutien

Les CHW ont reçu divers matériels pour soutenir leur fonctionnement. Ils ont ainsi reçu du matériel informatique : ordinateur portable, sacoche d'ordinateur, casque, souris et smartphone avec internet mobile. Les équipes ont exprimé leur grande satisfaction à l'égard des ordinateurs portables et des casques. Ils ont également reçu des pictogrammes pour entamer des conversations et un carnet de notes. Les CHW ont aussi reçu du matériel pour se faire connaître, comme un sac à dos avec logo, des cartes de visite, des affiches et des bannières. Une équipe a déclaré que ce matériel est extrêmement important dans un nouveau projet comme celui-ci. La plupart des équipes ont également déjà reçu les vestes du projet. Cependant, il y a eu un problème avec les tailles et le logo. En ce qui concerne les bannières, une équipe a fait remarquer qu'elles ne sont pas très solides. Une autre équipe a ajouté que les sacs à dos ne sont pas suffisamment résistants. Enfin, deux autres équipes ont fait remarquer que les badges devraient être modifiés pour être plus professionnels et plus résistants. Pour leur protection, les CHW ont reçu des masques buccaux et du gel pour les mains. Cependant, une équipe a demandé des masques FFP2 pour une protection optimale. Dans le rapport de la première année du projet, les CHW et les coaches ont clairement indiqué qu'ils souhaitaient disposer de leur propre salle de réunion avec imprimante (Masquillier, Cosaert et al. 2022). Dans certaines équipes, cela a déjà été organisé. Toutefois, au moment du questionnaire, toutes les équipes n'avaient pas accès à un local fixe et à une imprimante. Par conséquent, elles ont dû compter sur le soutien d'autres organisations ou utiliser leur imprimante personnelle.

Les CHW ont également utilisé du matériel d'autres organisations. Il peut s'agir de matériel très pratique, comme des locaux, une machine à café, une imprimante et un scanner, un vélo, des cartes de visite, des prospectus, des affiches et des fournitures. Cependant, il n'était pas toujours évident de pouvoir faire appel au matériel d'autres organisations. Une équipe wallonne a utilisé la carte sociale flamande (Sociale Kaart) de l'une des mutualités. En outre, une équipe a utilisé le formulaire de consentement éclairé d'une autre organisation pour « désamorcer les réactions défensives des prestataires de soins en fournissant un document sur les raisons pour lesquelles le client ou la famille donne explicitement au CHW la permission d'agir. Le consentement verbal ne semble pas toujours suffisant. » Ils ont également utilisé les « fiches des droits » d'une association qui donne la parole aux pauvres. Ces cartes présentaient des informations courtes et concises qui pouvaient aider les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale dans leur conversation avec le prestataire de soins, afin de soutenir les personnes dans leur autonomisation.

Enfin, les équipes ont aussi développé leur propre matériel. Pour se faire connaître dans le quartier et auprès du public cible, certaines équipes ont également créé leurs propres cartes de visite, ainsi que des affiches, des dépliants, un drapeau et des badges. Une autre équipe a fabriqué son propre gilet

avec le logo du projet CHW. En outre, les CHW d'une équipe flamande ont passé un article dans un magazine local, ce qui, selon eux, « donne une grande confiance aux nouvelles personnes sur le fait que le projet est fondé. Cela fonctionne mieux qu'un flyer. » Ensuite, ils ont développé des choses pour soutenir leur fonctionnement, comme une liste des heures d'ouverture des mutualités et un livret contenant toutes les informations possibles sur les organisations et services locaux. En outre, deux équipes ont élaboré des supports destinés à entrer en contact avec le public cible, tels qu'un quiz sur la santé, une chasse au trésor et des cartes de mise en relation pour amorcer le jeu « Qu'est-ce que la santé ». Enfin, des équipes ont également développé leurs propres outils de gestion de projet, comme un cadre logique et leur propre formulaire pour faciliter leurs rapports et ceux des quartiers. Une équipe bruxelloise a également travaillé sur une idée de zoom sur des thèmes spécifiques : « Chaque CHW choisit une thématique qui l'intéresse et s'informe dessus, il établit le plus de rapprochement avec les acteurs liés à cette thématique-là. Par la suite, le reste de l'équipe peut se référer à cette personne quand cela concerne cette thématique. »

4.5.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles

Presque toutes les équipes ont indiqué qu'il y avait encore des contraintes concernant le matériel de soutien, qui empêchaient un fonctionnement harmonieux. Une équipe a par exemple indiqué qu'elle ne pouvait pas ouvrir *WhatsApp*. Une autre équipe a rencontré des difficultés avec la connexion VPN pour se connecter au nouvel outil d'enregistrement. Ils ont également indiqué qu'ils n'avaient pas accès au logiciel Office. Une autre équipe a indiqué qu'elle rencontrait des problèmes de connexion à l'internet, ainsi que des problèmes de connexion au Cloud. En raison de cette sécurité stricte sur les ordinateurs portables, une équipe a indiqué qu'elle était obligée d'utiliser ses outils privés. Ils ont ajouté que les données ne sont pas non plus suffisantes et qu'ils doivent utiliser leurs propres outils à cette fin.

La demande de soutien logistique, concernant un local dédié pour les discussions avec les clients, mais où l'on aurait aussi accès à du café/thé, une imprimante et une adresse de boîte postale, est restée un point d'attention très important pour plusieurs équipes et groupes de discussion au cours de l'atelier. Une équipe de discussion a également indiqué qu'il pourrait être utile d'organiser le petit matériel au niveau fédéral, comme les timbres, les cahiers, les stylos et autres articles de bureau, afin d'optimiser davantage les coûts de fonctionnement.

La demande de davantage de moyens de communication et de promotion du projet est également très présente, par exemple des vêtements portant le logo du projet CHW. Il est donc important de continuer à promouvoir le projet.

Par ailleurs, plusieurs équipes ont indiqué qu'il fallait davantage de moyens pour la traduction, qu'il s'agisse d'un soutien financier pour l'embauche d'un interprète ou d'une traduction par téléphone par un interprète social. L'avancement des frais de fonctionnement, tels que les tickets de transports en commun, constitue également un défi pour certains CHW. L'accès à des vélos électriques pour les visites aux personnes du groupe cible ou à une voiture de fonction pourrait également apporter une valeur ajoutée significative au travail des CHW pour d'autres équipes de discussion.

Une équipe de discussion a indiqué qu'il serait utile d'en apprendre encore plus sur les régions, par exemple sur les matériels développés, et de partager ainsi les expériences.

4.6. Données

Un nouvel outil d'enregistrement a été développé par le projet CHW. Comme nous le verrons dans ce chapitre, les avis sont partagés sur ce nouvel outil. Bien qu'un groupe de travail ait été créé au sein duquel les CHW, les coaches et les coordinateurs ont travaillé ensemble à l'élaboration de l'outil d'enregistrement, certains CHW estiment que l'outil d'enregistrement est actuellement trop axé sur la collecte de données et pas assez sur le soutien aux CHW eux-mêmes. Les avis étaient également partagés durant l'atelier. Une équipe de discussion a ajouté que « l'application était principalement axée sur la politique et pas nécessairement sur les personnes ». Un autre groupe estime que l'outil d'enregistrement est désormais mieux adapté au travail sur le terrain. Pour certains CHW, la raison pour laquelle les données doivent être enregistrées n'était pas claire. Une équipe a estimé que l'objectif principal de l'outil d'enregistrement était de constituer un dossier de travail, avec une garantie de confidentialité des dossiers.

Les équipes ont décrit les avantages et les inconvénients de ce nouvel outil par rapport au précédent. En ce qui concerne les avantages, la plupart des participants ont trouvé le nouvel outil efficace et clair. Ainsi, plusieurs équipes ont indiqué que la structure de l'outil contribue à sa facilité d'utilisation, ainsi que les fonctionnalités disponibles, comme les champs libres et les menus déroulants, la possibilité de filtrer par nom, quartier, ville ou date. Une équipe wallonne a décrit l'outil d'enregistrement comme étant « clair et intuitif ». En conséquence, ils ont indiqué qu'ils avaient une meilleure vision des étapes accomplies dans chaque dossier et qu'ils apportaient leur soutien au suivi des actions et des clients. Une autre équipe wallonne a indiqué qu'il était très utile pour elle de pouvoir noter différentes actions concernant la même intervention. Le fait que le nouveau système d'enregistrement permette d'apprendre, à partir d'une liste déroulante, comment la personne est entrée en contact avec les CHW, peut leur indiquer les services qu'ils connaissent déjà et les organisations ou services auprès desquels les CHW doivent encore se présenter. Ce en vue de mieux atteindre les gens. En ce qui concerne la situation médicale au premier contact, une équipe flamande a indiqué : « Le demandeur des soins a-t-il un médecin/cabinet traitant régulier ? Dispose-t-il d'un dossier médical global, est-il membre d'une mutualité ou d'une caisse de soins ? Si ce n'est pas le cas, on peut fixer une date lors de l'accompagnement. Les CHW estiment que c'est important pour avoir une visibilité sur le nombre de dossiers que nous avons réglés. » Une autre équipe flamande a souligné que les questions étaient claires et qu'aucune information redondante n'était demandée. Une troisième équipe flamande a affirmé qu'il fallait peu de temps pour remplir toutes les données. L'équipe de Bruxelles a conclu en disant qu'il est également très important que la collecte des données soit uniforme dans toutes les régions.

Outre les avantages du nouveau système d'enregistrement, les équipes ont également fait état de certains inconvénients. L'un des inconvénients les plus mentionnés est le fait qu'il faut d'abord établir une connexion VPN avant de pouvoir ouvrir l'outil et commencer l'enregistrement. En outre, plusieurs équipes ont indiqué que le fait que l'outil d'enregistrement ne soit disponible que sur ordinateur portable entrave également le bon fonctionnement. Les équipes ont fortement souhaité que cette application d'enregistrement soit également disponible sur smartphone. Une équipe a toutefois

indiqué que ce n'était pas le souhait de certains de ses CHW. Par ailleurs, les équipes ont fait part de plusieurs préoccupations : certains champs sont obligatoires, ce qui n'est pas toujours évident lorsque la confiance doit encore être établie (note : cela a été adapté au cours de la deuxième année) ; il n'y a pas de lien possible entre l'outil d'enregistrement de la première et de la deuxième année ; le suivi ne semble pas toujours possible, mais il est toujours obligatoire de donner une date pour suivre l'action. De plus, toutes les données de toutes les villes sont répertoriées ensemble, ce qui empêche de trouver rapidement la bonne personne, par exemple. Pour cette raison, entre autres, deux équipes ont indiqué que la saisie des données est parfois laborieuse et peut prendre beaucoup de temps. Une équipe flamande a décrit la situation comme suit : « Il faut se concentrer davantage, ce qui fait que l'on se concentre moins sur la pratique ».

Les équipes ont reçu un manuel ainsi qu'une explication sur l'outil d'enregistrement, en étant encadrées par les coaches. Des séances d'information ont donc été organisées en français et en néerlandais, en présence des coordinateurs de l'autre langue nationale. Ainsi, un feed-back sans ambiguïté a pu être fourni lors de cet atelier et les questions ont été posées de manière uniforme pour toutes les régions. Les questions simples ont fait l'objet d'un feed-back immédiat, les questions complexes ont d'abord été discutées par les coordinateurs et ont fait l'objet d'un feed-back ultérieur. Pour certaines équipes, cette explication était suffisante, tandis que d'autres ont souhaité davantage d'explications de la part des développeurs de l'outil d'enregistrement. D'autres équipes ont trouvé la formation trop générale; l'application de l'outil d'enregistrement à quelques cas aurait été plus instructive pour elles. En outre, deux équipes ont indiqué que, pour elles aussi, la formation pourrait être plus pratique et se dérouler lors d'une réunion physique afin d'apprendre ensemble par la pratique. Plusieurs équipes ont indiqué que le manuel d'accompagnement était utile et clair, mais que l'on apprend surtout en pratiquant. Une équipe a indiqué que la réunion d'équipe hebdomadaire est très utile pour discuter ensemble des incertitudes rencontrées par les collègues, comme le formule cette équipe flamande : « Pour la plupart des community health workers, le manuel et la formation sont suffisants. Ils utilisent des termes tels que 'clair' ou 'suffisant' pour en parler. L'un des collègues ajoute que l'application est également conviviale et que l'on apprend au fur et à mesure. De plus, les questions à ce sujet peuvent être discutées à chaque fois lors de la réunion hebdomadaire. »

Les équipes ont indiqué qu'elles pouvaient s'adresser à leurs coéquipiers, ainsi qu'au coach et au coordinateur, en cas de questions sur l'outil d'enregistrement. Dans certaines équipes, un CHW a également participé au développement de cet outil. Ces CHW semblaient également être un soutien précieux pour l'équipe lorsque des questions se posent. Certains CHW font également appel au helpdesk. Les besoins de soutien varient également au sein d'une même équipe. Une équipe flamande a par exemple déclaré que les expériences avec l'outil varient également d'un CHW à l'autre : « Certains ne veulent pas d'explications supplémentaires, tandis que d'autres veulent plus de clarté sur certaines options, souhaiteraient un exercice en groupe ou simplement plus de soutien du Service Desk ».

4.6.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles

Au moment du questionnaire, une équipe a fait état de difficultés d'accès à l'outil, et certains CHW ont indiqué que l'application ne fonctionnait pas correctement. Lorsqu'ils contactent le helpdesk, les CHW et les coaches rencontrent parfois des problèmes. Une équipe flamande a déclaré : « Certains

collègues doivent régulièrement appeler le helpdesk. Ils ne sont pas immédiatement disponibles et on a l'impression qu'ils fonctionnent lentement. » Une équipe wallonne a également convenu de la difficulté de joindre le service d'assistance informatique. Une équipe flamande a suggéré qu'il serait utile d'avoir un point de contact direct pour les questions. Une équipe wallonne a ajouté qu'il serait également utile de pouvoir modifier l'outil d'enregistrement. Au cours de la deuxième année du projet, l'accent a été mis sur ce point. La possibilité a par exemple été offerte de signaler immédiatement les problèmes au service informatique afin qu'ils fassent l'objet d'un suivi plus étroit et systématique.

Deux autres équipes de discussion ont indiqué au cours de l'atelier qu'il y avait des craintes d'erreurs dans l'interprétation des chiffres, par exemple en comparant les équipes entre elles, ce qui n'est pas souhaitable étant donné la diversité des contextes dans les villes et les quartiers. Ils ont également indiqué qu'il était difficile de résumer tous les efforts des CHW dans ces données. En outre, le comité de pilotage a constaté des difficultés à remplir uniformément l'outil d'enregistrement. Bien qu'un petit manuel ait été fourni, avec un suivi par les coaches, ainsi qu'une session d'information en néerlandais et en français en vue d'harmoniser l'interprétation des variables du questionnaire entre les équipes, les discussions avec les CHW nous ont appris qu'il ne s'agissait pas d'une tâche évidente. Cela illustre la complexité du travail sur le terrain, ainsi que la nécessité d'investir du temps supplémentaire pour que les CHW et les coaches soient sur la même longueur d'onde afin de collecter les données de manière uniforme. Cela reste un point d'attention constant dans le fonctionnement des CHW.

En outre, un outil visuel a également été développé avec un thermomètre et des *smileys* pour faciliter certaines des questions posées dans l'outil d'enregistrement. Ce matériel de soutien a été imprimé et plastifié. Cependant, les CHW ont indiqué que cela n'apportait pas toujours la clarification souhaitée par les CHW et le groupe cible. Il est donc souhaitable d'affiner le matériel de soutien en collaboration avec les CHW et les personnes du groupe cible.

Les équipes ont exprimé la nécessité d'affiner le système d'enregistrement. Il serait intéressant, à l'avenir, de travailler sur le partage sécurisé d'informations entre les CHW et les prestataires de soins. En outre, ils ont indiqué qu'il serait utile que les équipes créent elles-mêmes des exports simples des données disponibles dans l'outil de leur équipe. Cela permettrait aux accompagnateurs de mieux contrôler le fonctionnement quotidien des CHW, par exemple en ce qui concerne le nombre d'interventions individuelles et de groupe, la manière dont les individus du groupe cible sont entrés en contact avec les CHW, etc.

Une limitation majeure signalée par les équipes est le fait que l'outil d'enregistrement n'est pas disponible sur les smartphones. Toutes les équipes ont indiqué qu'il s'agissait d'une priorité. Le budget de la deuxième année du projet est toutefois trop limité pour y répondre. Pour satisfaire en partie cet important défi, une version papier a été créée, offrant un aperçu de toutes les questions de l'outil en ligne. Les CHW peuvent utiliser cette version papier, s'ils le souhaitent, pour la compléter lors de leur contact avec une personne du groupe cible et saisir les données dans l'outil numérique par la suite.

4.7. Supervision

Presque toutes les équipes organisent une réunion de concertation hebdomadaire. Elles ont indiqué que cela leur suffisait. Les thématiques abordées lors de ces discussions sont similaires pour toutes les équipes. Une équipe flamande a résumé la situation : « Des questions pratiques sont discutées, un feed-back est donné sur les concertations dans les quartiers, les moments d'information et les activités. Les discussions de cas forment un point fixe de l'ordre du jour. Ici, les collègues disposent d'un espace pour discuter d'un cas où ils sont bloqués. C'est ici qu'on échange les connaissances, le feed-back et l'expérience. » De plus, les équipes ont déclaré qu'elles discutaient également de l'enregistrement des données lors de la concertation hebdomadaire, ainsi que des difficultés et des changements survenus sur le terrain.

Outre cette réunion d'équipe, il y a aussi des réunions individuelles avec le coach. Les CHW indiquent que les coaches peuvent être joints aussi bien physiquement que par courrier ou par téléphone. Dans la plupart des équipes, ces discussions varient en fonction des besoins et de la demande des CHW. Dans deux équipes, cette activité est organisée à des moments fixes. Au cours de ces concertations individuelles, l'accent est mis sur les questions pratiques, le soutien et les conseils sur les défis liés à des cas spécifiques, le débriefing et la réflexion après une intervention. Les signaux, les désagréments et les obstacles sont également abordés. En outre, de l'attention est accordée au bien-être personnel du CHW. Une équipe a indiqué qu'au cours de ces moments individuels, l'accent est mis sur le soutien aux compétences personnelles, telles que les compétences linguistiques et l'auto-organisation, et aux compétences professionnelles, telles que le travail social et la carte sociale.

Outre les moments d'équipe et les conversations individuelles entre le coach et le CHW, les coaches sont parfois présents sur le terrain. Toutefois, cela varie considérablement d'une équipe à l'autre. Dans les équipes wallonnes, les coaches sont présents sur le terrain en fonction des besoins et des disponibilités dans leur agenda. Ce faisant, ils se concentrent, au sein de l'une des équipes, sur le coaching et le développement des compétences, sur la résolution de problèmes avec des organisations partenaires, sur le remplissage des données d'enregistrement et sur la présence à une discussion avec un membre du groupe cible. Dans l'équipe bruxelloise, le coach est davantage présent lors d'événements et moins lors de discussions individuelles avec des personnes du groupe cible - à l'exception de quelques situations spécifiques où le coach sera co-accompagnant vers des organisations spécialisées. Par ailleurs, le coach bruxellois assiste également à des moments de concertation avec les partenaires et débloque avec eux les situations problématiques, recadre les partenariats, fournit de l'aide avec l'outil d'enregistrement et fournit également un coaching pour établir la confiance et organiser le travail sur le terrain. Dans une équipe flamande, le coach est présent à toutes les activités et à certains jours de permanence afin d'aider les CHW à acquérir des compétences, notamment en ce qui concerne la présentation de soi au groupe cible et aux organisations externes, la fixation de limites, les questions ciblées, etc. En outre, le coach apporte une aide à la résolution des problèmes et discute des données d'enregistrement. Dans une deuxième équipe flamande, le coach participe aux concertations avec des partenaires. Il est également présent pour résoudre les problèmes liés aux questions sur les outils d'enregistrement, le matériel ou les cas. Dans cette équipe, les avis étaient partagés quant à une plus grande présence du coach sur le terrain. Certains ont plaidé en faveur d'une plus forte présence afin de favoriser les liens et de transmettre directement au coach les informations recueillies dans la pratique. D'autres y sont moins favorables

car les petites équipes fonctionnent bien et le coach est suffisamment disponible en cas de besoin. L'un d'entre eux a ajouté que cela pouvait également dissuader le public cible si différentes personnes étaient présentes. Une troisième équipe flamande a indiqué que le coach était présent ponctuellement sur le terrain pour aider à résoudre les problèmes, mais que des obstacles pratiques l'empêchaient d'être présent plus souvent. Dans une quatrième équipe flamande, le coach a essayé de rejoindre le CHW sur le terrain au moins une fois par mois. En fonction des besoins individuels, de la connaissance du contexte de travail du CHW ou des défis qui se posent, cela peut prendre différentes formes, comme accompagner le CHW en tournée, assister à une discussion avec une personne du groupe cible, assister à une concertation avec le CHW et des organisations externes, développer du matériel, etc. Le coach a indiqué que l'objectif de ces moments de contact est également très varié, allant du coaching et du développement des compétences du CHW au soutien du bien-être individuel et à la médiation entre les organisations externes et le CHW, en passant par la discussion de la valeur ajoutée du CHW sur le site ou dans l'organisation avec laquelle il travaille, ou la résolution de problèmes. Le coach a illustré cela en déclarant : « Les prestataires de soins réagissent parfois de manière défensive à l'égard d'un CHW. Le coach se rend sur place pour en discuter et clarifier le projet et les tâches du CHW, tout en veillant à ce que les accords soient clairs ». Le coach a illustré son rôle dans une telle situation à l'aide d'un exemple : « Il arrive qu'un client se voie refuser des soins (sans domicile fixe, sans carte médicale, sans moyens financiers) mais que les soins soient urgents (refus de soigner une plaie ouverte au visage ; opération récente de la hanche et retour direct dans la rue, ... aussi bien dans un centre de santé de quartier (CSQ) (!) qu'un hôpital) : le coach contacte, avec le CHW, le coordinateur du CSQ ou le service d'ombudsman de l'hôpital pour discuter de l'incident et chercher ensemble comment améliorer ou éviter de telles situations à l'avenir. Ce qui est important ici, c'est que les ponts ne soient pas coupés, dans l'intérêt du client, mais aussi dans l'intérêt du CHW. Pour dire les choses clairement, en partant d'un intérêt commun (comme le bien-être/la santé du patient, la poursuite de la collaboration), il faut parfois faire preuve de diplomatie. » On donne un exemple supplémentaire : « [à] l'hôpital, un patient érythréen est dans le coma, ses frères vivent à l'étranger. Le CHW n'a pas accès au patient, même si les frères autorisent explicitement le CHW à lui rendre visite ou si les frères se trouvent en Belgique, afin de leur apporter un soutien émotionnel dans ce cas difficile. L'épouse du patient se trouve dans un camp de réfugiés en Ouganda. Le médecin souhaite informer celle-ci de l'état préoccupant du patient. Cependant, en Érythrée, il est tabou d'informer directement la famille de la maladie et de la mort. Le testament existe surtout en Europe occidentale, mais c'est un thème dont on ne peut pas parler dans d'autres cultures. Tout cela a été discuté sur place par le CHW en présence du coach, mais n'a pas été vraiment accueilli positivement par le médecin et le psychologue. Sur cette base, le coach a fait un signalement au service d'ombudsman et a envoyé un mail détaillé à l'infirmière en chef. Il s'agit littéralement de revendiquer une marge de manœuvre, un espace discrétionnaire, dans lequel un CHW peut agir de manière significative dans l'intérêt du patient et de sa famille, en tenant compte du contexte juridique, des procédures, du RGPD, etc. Les règles et les structures sont nécessaires, mais dans la pratique, le travail avec les gens oblige à s'écarter des procédures existantes. Et dans le contexte d'un hôpital, ce n'est pas évident et cela demande beaucoup de bras de fer. Plus l'organisation est grande, plus la structure est lourde et plus le prestataire de soins a tendance à se cacher derrière des procédures, des restrictions Covid, le GDPR, etc. C'est parfois une bataille perdue d'avance pour amener un CHW à faire son travail. »

Enfin, les coaches en Flandre ont indiqué qu'ils bénéficiaient également d'une intervision, sous forme d'accompagnement par un formateur de l'une des mutualités.

4.7.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles

Une équipe flamande et une équipe wallonne ont cité des défis liés à la gestion du temps, à la charge de travail, à la définition des limites et à la charge mentale du travail des CHW. Un coach d'une équipe flamande a illustré le défi que représentent la charge de travail élevée et le respect des limites du travail des CHW de la manière suivante : « l'engagement est vraiment très fort, chacun fait de son mieux et travaille très dur, les résultats et la valeur ajoutée du projet sont vraiment là. Je pense que c'est un travail important en tant que coach de contrôler et de recontrôler de nouveau ces limites. Le bien-être de chaque collaborateur, mais aussi de l'équipe, est extrêmement important pour moi, car personne n'a intérêt à ce que quelqu'un décroche. Les CHW font leur travail avec beaucoup de plaisir et d'engagement, et je veux que cela reste ainsi. Le soutien personnel, le coaching, le coaching d'équipe et l'intervision sont des outils fréquemment utilisés. » Veiller au bien-être mental des CHW est une préoccupation majeure, qui a été abordée la deuxième année en offrant la possibilité de faire appel à un psychologue par l'intermédiaire de Cohezio, en plus du soutien de leur propre coach au sein de l'équipe, et ce même si cette possibilité n'a pas été utilisée dans la même mesure dans toutes les régions.

Pour l'avenir, les équipes ont indiqué qu'elles aimeraient se concentrer sur les choses suivantes lors des réunions d'équipe hebdomadaires : approfondissement de la discussion des cas, par exemple réflexion sur l'impact personnel du cas sur le CHW, fixation de limites et autosoins ; renforcement du fonctionnement en équipes et de la communication entre équipes ; approfondissement ciblé de certaines cultures et traditions. En ce qui concerne le suivi individuel par le coach, certains CHW ont indiqué qu'il serait utile d'accorder plus d'attention au fonctionnement en tant que CHW lors de ces entretiens individuels, en se concentrant sur les points forts et les points d'amélioration.

Au cours de l'atelier, une équipe a évoqué l'importance pour le coach d'être capable de donner aux CHW la confiance nécessaire pour travailler de manière autonome. En outre, en tant que coach, il est important d'accorder une attention constante au déploiement des compétences de chacun. Encourager davantage le partage des bonnes idées au sein des équipes et les réaliser a également été cité comme un point d'attention. Des moments d'intervision entre les équipes des différentes régions sont également recommandés, selon une équipe wallonne, « afin de s'enrichir mutuellement ». Des moments d'intervision mensuels sont notamment déjà organisés entre les équipes des régions wallonnes. Chaque mois, des thèmes différents sont à l'ordre du jour, notamment les formations, la mission et le rapportage des problèmes sur le terrain. À l'exception de ces moments d'intervision commune des équipes wallonnes, les CHW de différentes équipes ne se rencontrent pas. Il n'y a eu d'interaction entre les différentes équipes que dans le cadre de la formation et de la participation des CHW à l'étude. Cependant, quelques équipes indiquent qu'elles trouveraient très utiles des moments d'intervision entre toutes les équipes, par exemple pour discuter de préoccupations qui transcendent les régions. Selon elles, il serait également très intéressant de discuter des signaux structurels. En outre, ces concertations peuvent également faciliter le transfert des solutions élaborées par une équipe vers d'autres équipes.

Les coaches pour leur part se rencontrent entre plusieurs villes, par exemple lors de la réunion avec le coordinateur régional, sur une base hebdomadaire ou bimensuelle, selon la région. Un état des

lieux a ensuite été dressé et les thèmes suivants ont été abordés : gestion d'équipe, informations sur le projet, questions pratiques, dilemmes et collaborations externes. Au cours de la première année du projet, les coaches se sont également rencontrés entre les régions, ce qui a été jugé positif. Il a été indiqué que de telles concertations sont également souhaitables pour l'avenir. Une équipe flamande a déclaré qu'un budget pour une activité de teambuilding serait le bienvenu.

En outre, les coaches ont indiqué qu'il serait utile de recevoir un soutien supplémentaire par le biais de formations complémentaires, de bénéficier eux-mêmes d'un coaching et d'un rôle mieux défini en tant que coach. Vers la fin de la deuxième année, le rôle du coach a été affiné (cf. Chapitre I). En ce qui concerne la formation des coaches, une équipe a indiqué que les thèmes suivants pourraient être proposés : coaching ; teambuilding ; gestion des conflits ; réalisation des objectifs ; accompagnement des réseaux et de l'intervision. Le rôle du coach doit aussi être clarifié plus avant. Au cours de l'atelier, une équipe de discussion a ajouté qu'elle ne pense pas que le terme de « coach » couvre suffisamment toutes les tâches que cette personne assume. Ils décrivent plutôt le coach comme un manager. L'équipe de discussion a également indiqué qu'elle pensait qu'il serait utile que les CHW puissent évaluer le coach.

Comme certains coaches travaillent à temps partiel pour le projet CHW, ils ne sont pas toujours disponibles. En outre, une équipe a indiqué qu'il serait utile d'avoir la possibilité de contacter le service du personnel soi-même, afin de ne pas devoir toujours passer par le coach.

4.8. Indemnités

Outre leur salaire, les CHW perçoivent aussi des indemnités kilométriques, le remboursement des frais de transport, des indemnités de repas, une prime de fin d'année, un salaire garanti en cas de maladie, une indemnité brute en cas de travail le week-end ou les jours fériés, ainsi que des congés payés. Des horaires flexibles et le soutien d'un coach ont également été perçus comme des avantages supplémentaires, tout comme la satisfaction des clients et des partenaires et la solidarité entre collègues. Les CHW ont indiqué que le versement du salaire en début de mois est trop tardif pour nombre d'entre eux. Pour tenir compte de cette situation, on a discuté avec le groupe de travail « Human Resources » au cours de la deuxième année du projet, en vue d'avancer le paiement du salaire à la fin du mois.

4.8.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles

Les CHW ont indiqué que le salaire n'est pas toujours proportionnel à leur travail, notamment parce que les années d'ancienneté ne sont pas prises en compte et que la charge de travail est élevée. Au vu des exigences du job, certains CHW ont indiqué que le salaire n'était pas suffisant : plus précisément, en ce qui concerne les exigences de la fonction, comme la flexibilité, les cas difficiles et complexes et les responsabilités. Les équipes étaient d'accord pour dire que le salaire devrait être revu en fonction des tâches et du rôle. En outre, une équipe s'est demandé s'il était possible d'obtenir une augmentation de salaire après une évaluation positive, ou une amélioration des connaissances et de l'expérience après avoir, par exemple, participé à une formation. Un contrat à durée indéterminée a également été considéré comme important. Toutefois, cela n'était pas possible actuellement, étant donné la durée limitée du projet. Une équipe a ajouté qu'elle souhaitait que le projet soit pérennisé.

Les équipes ont indiqué les avantages supplémentaires qu'elles aimeraient recevoir, comme les assurances complémentaires suivantes : assurance hospitalisation, assurance groupe et assurance dentaire. Quelques équipes ont aussi suggéré la possibilité d'un plus grand nombre de congés, en l'assimilant, par exemple, à une Convention collective de travail (CCT) d'un centre d'accueil ou d'un Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW). L'équipe recommande également d'inclure l'ancienneté et le niveau de formation. De nombreuses équipes ont également indiqué, pour ce qui concerne le transport, la possibilité de louer un vélo, un abonnement aux transports en commun et un meilleur remboursement des frais de carburant lors de l'utilisation de sa voiture personnelle. Deux équipes ont mentionné une « prime de télétravail », qui pourrait rembourser les frais d'internet, d'électricité et de chauffage liés au travail à domicile. Comme les CHW sont souvent sur la route, une équipe a également suggéré de leur donner de l'argent de poche pour qu'ils puissent boire quelque chose ou aller aux toilettes. Parmi les autres éléments cités par les équipes, citons les écochèques, l'augmentation du nombre de jours de congé, la prime de risque, les cadeaux lors des fêtes et le vaccin contre la grippe. En outre, une équipe a indiqué qu'une formation continue complémentaire, que les CHW pourraient choisir eux-mêmes en fonction de leurs besoins, serait très utile.

Les coaches ont également indiqué que le salaire n'est pas entièrement proportionnel au travail qu'ils effectuent. Par exemple, l'ancienneté n'a pas été prise en compte, le salaire semble inférieur à celui de fonctions similaires dans d'autres organisations ou projets, et les responsabilités et la charge de travail du coach sont très importantes. Ainsi, un coach a déclaré : « Nous ne sommes pas coach mais bien chef d'équipe. La fonction ne correspond pas au profil de recrutement et le salaire brut non plus. Il faut jongler entre le travail administratif très conséquent et en même temps être dispo pour son équipe et sur le terrain pour les accompagnements. Manque de temps pour tout faire... Les heures supplémentaires sont courantes. »

4.9. Accréditation

Actuellement, il n'existe pas encore de formation officiellement reconnue pour les CHW en Belgique. Bien qu'ils aient reçu une formation avant de commencer leur fonction, cette formation n'a pas été accréditée. Cette formation n'est donc pas reconnue et les CHW participants n'ont pas reçu de certificat de participation ou de diplôme attestant de leurs compétences.

4.9.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles

L'accréditation est l'un des points d'attention pour la professionnalisation des CHW au niveau mondial (Ballard, Bonds et al. 2018). Lorsqu'on leur a demandé s'il leur semblait utile d'organiser une formation de base formelle et standardisée pour toute personne souhaitant devenir CHW et recevoir une « sorte de diplôme de CHW », toutes les équipes ont unanimement convenu que ce serait une idée intéressante. Un point important à noter ici est que cette formation soit accessible aux personnes avec ou sans formation préalable ou expérience professionnelle car - selon les mots d'une équipe wallonne - « Certaines personnes sont dans l'impossibilité de suivre un cursus, alors qu'elles seraient tout à fait en capacité de pratiquer le métier par leur vécu et leur bagage de vie ». Les équipes ont donné plusieurs raisons pour lesquelles une telle formation accréditée était souhaitable, non seulement pour la fonction actuelle, mais aussi pour les opportunités de carrière futures.

Premièrement, cette formation pourrait constituer une bonne préparation pour affiner les compétences et les connaissances nécessaires au travail de CHW, qui consiste à apporter un soutien aux personnes confrontées à des situations de vie complexes, telles que la toxicomanie, l'endettement, les divorces compliqués, les violences intrafamiliales, les problèmes de santé et d'autres encore. De plus, le travail de proximité dans les quartiers socio-économiquement vulnérables nécessite une approche spécifique. Bien que certains CHW aient déjà une expérience professionnelle, une équipe a indiqué que l'approche de proximité n'était pas évidente pour tout le monde. En outre, cela peut aider les CHW à développer un cadre déontologique, ainsi qu'une mission, une vision et des valeurs. Deuxièmement, selon une équipe, une telle formation accréditée peut contribuer à rendre le travail des CHW plus durable, afin de continuer à soutenir les individus. Troisièmement, les gens considèrent qu'une attestation ou un diplôme apportent une valeur ajoutée. Cela peut contribuer à valoriser cette carrière et à offrir davantage de perspectives d'emploi. Enfin, une équipe wallonne a également indiqué que cela pourrait être utile pour obtenir une plus grande reconnaissance de la part des prestataires de soins et d'autres acteurs du domaine. Ils ont déclaré : « Malgré notre statut de professionnel, notre formation/niveau d'étude a souvent été remis en cause par les professionnels des différentes organisations (directeur, gestionnaire, assistante sociale, etc.). (...) Il est triste, quand dans un nouveau projet, nous soyons tenus de justifier notre présence sur le terrain et la remise en cause de notre travail due à notre « non-formation ».

Les équipes étaient d'accord pour dire qu'une formation de base accréditée devrait comporter à la fois un contenu et une forte composante pratique où la formation à différentes compétences et l'affinement des connaissances devraient être proposés. En ce qui concerne le contenu, les équipes ont indiqué qu'il fallait prêter attention (1) aux compétences sociales et communicationnelles, en mettant l'accent sur une bonne attitude de base en tant que CHW, avec au centre le respect, l'écoute active, la promotion de l'autonomie, l'attention sociale, les compétences de communication, avec une attention à la communication interculturelle ; les techniques de discussion individuelle et la prise de parole devant un public ; l'établissement de la confiance ; la gestion des émotions ; la communication non violente ; (2) l'affinement des compétences pour bien effectuer le travail, conformément à la description claire du rôle du CHW: travail de proximité; travail orienté solutions; prise de conscience de ses propres valeurs et normes et traitement de personnes ayant un cadre de référence différent ; compétences en matière d'orientation et de coordination; travail avec des groupes; fixation de limites ; secret professionnel, casuistique, questions éthiques ; cadre déontologique ; compétences en matière de négociation; travail sensible à la culture; empowerment; coaching; traitement de situations difficiles, y compris l'agressivité; gestion de groupes spécifiques; (3) des compétences pratiques, comme une connaissance adéquate de l'utilisation d'internet et de certains logiciels; l'amélioration des compétences linguistiques pour les locuteurs non natifs et pour les personnes dont la langue maternelle est le néerlandais mais qui parlent un dialecte prononcé ; la gestion du temps ; et (4) des connaissances de contenu liées à la sécurité sociale ; la connaissance de la fiche sociale (système de bien-être et de santé) et du fonctionnement du domaine médico-social dans son ensemble; connaissance du système belge de soins de santé et de ses particularités, telles que la répartition des compétences entre les niveaux fédéral et régional ou l'orientation dans une terminologie spécifique comme les spécialisations hospitalières ; connaissance des mutualités et du système de remboursement ; connaissance des droits et obligations (y compris pour les personnes avec et sans problèmes) ; et (5) connaissance du contenu lié à la sécurité sociale. pour les personnes avec et sans problèmes); connaissance des maladies chroniques et des troubles psychologiques les

plus courants ; connaissance de la promotion de la santé ; connaissance de base des règlements et de la législation ; attention à la diversité des coutumes et des traditions.

Outre cette composante de contenu, les équipes ont indiqué qu'il était important de s'engager également dans une formation pratique, où plusieurs possibilités existent : stage ; exercice pratique de travail de proximité et des visites à domicile ; accent mis sur la connaissance des organisations de quartier ; observation d'un CHW expérimenté ; moments d'intervision au cours desquels des cas spécifiques sont discutés ; cartographie du réseau professionnel et social d'un bénéficiaire et détermination du rôle et des tâches que le CHW y assume ; apprentissage de l'approche de circonstances difficiles et de leur gestion après une journée de travail intensive ; apprentissage de l'animation d'ateliers ; apprentissage de l'organisation et de la planification du travail sur le terrain ; apprentissage de la fixation de limites et du soin de soi ; échange de bonnes pratiques avec d'autres CHW et des organisations partenaires.

Un coach flamand a ajouté : « Il y a différents 'blocs de construction'/ modules possibles, à la fois une base pour les débutants et pour les collaborateurs plus expérimentés. Il est également important de déterminer ce qui doit être suivi 'en premier' avant d'aborder les modules de suivi. Les modules de suivi peuvent également faire partie d'une formation de base. » En termes de formation de base, cette équipe se concentrerait sur la connaissance du système de soins de santé, le travail avec des personnes vivant dans des conditions socio-économiques vulnérables, la collecte et le traitement des signaux, ainsi que les soins et la communication sensibles à la culture. Comme modules de suivi, ils ont proposé des thèmes qui, selon eux, nécessiteront une certaine expérience pratique pour partir de cas concrets. Cela concerne les droits des patients et leur autonomisation, la prise en charge des personnes vulnérables sur le plan mental, la résolution des défis éthiques, la connaissance des réglementations relatives à la santé et aux personnes en situation irrégulière.

Toutes les équipes, sauf une, étaient convaincues de l'importance de la formation continue pour les CHW. Ce en vue de fournir des modules et des formations en réponse aux besoins rencontrés sur le terrain, comme soutenir le développement de pictogrammes en relation avec les barrières linguistiques ou avec certains problèmes fréquemment rencontrés (par exemple expérience de réfugié d'une zone de guerre ; problèmes de drogue ; traumatismes ; COVID-19 ; et autres). Ils ont en outre estimé qu'il serait utile de recevoir une formation continue sur la législation existante et les éventuelles mesures de soutien disponibles afin de se tenir au courant des évolutions du secteur. Une attention continue à des questions telles que les premiers soins et la sécurité, ou la gestion des agressions physiques et verbales, leur a également semblé précieuse. Par ailleurs, l'accent pourrait être mis sur les possibilités d'évolution du statut de CHW vers celui de coach.

Enfin, toutes les équipes ont convenu qu'il serait utile de délivrer un certificat reconnaissant l'expérience professionnelle des CHW dans la pratique. Les équipes de discussion ont indiqué durant l'atelier qu'il serait utile de délivrer un certificat à l'issue de la formation de base et de l'évaluation des connaissances et des compétences. Il est important, selon l'une des équipes, d'établir des critères objectifs sur la base desquels un CHW pourrait obtenir ce certificat. L'équipe bruxelloise a décrit la valeur ajoutée d'un tel certificat comme suit : « pour valoriser le travail et les connaissances acquises par le CHW qui peut lui offrir d'autres opportunités méritées et qui font de lui un vrai expert de terrain. » Une équipe flamande a indiqué qu'elle le verrait « comme une reconnaissance ou une

Projet CHW: rapport année 2022

appréciation de notre profession (y compris nos compétences en matière de communication et notre créativité) ». Une équipe wallonne a ajouté qu'elle pourrait également contribuer à reconnaître le travail du CHW parmi les organisations partenaires. Les équipes ont également formulé des suggestions sur ce que le certificat devrait décrire, notamment « constructeur de ponts entre les personnes/quartiers vulnérables et les établissements de soin et de bien-être ». Le certificat pourrait refléter les compétences que les CHW acquièrent et déploient dans leurs activités quotidiennes, ainsi que les compétences et l'expérience des CHW, en tenant compte du rôle unique qu'ils jouent dans le paysage des soins de santé. Le certificat pourrait aussi indiquer la période pendant laquelle la personne a été active sur le terrain et les activités qu'elle a exercées.

4.10. Possibilités de carrière

Les CHW ont affirmé que l'expérience professionnelle en tant que CHW était précieuse pour leur future carrière professionnelle. Une équipe flamande a déclaré : Les CHW indiquent que cette fonction est un apprentissage considérable pour leur future carrière. Ils envisagent leur future carrière en tant que CHW professionnels et attendent avec impatience les formations qui leur permettront d'évoluer dans cette fonction ». Ils ont également indiqué que le fait de pouvoir aider les gens avec succès leur procure de la satisfaction. Dans les mots d'une équipe flamande, l'un des éléments de satisfaction est « le feed-back positif que je reçois parfois de la part du demandeur ou des partenaires et la satisfaction que je peux en retirer ».

En outre, les équipes de CHW ont déclaré que l'expérience professionnelle comme CHW leur avait appris différentes choses en termes de compétences, de connaissances et de réseau. Premièrement, les équipes ont indiqué que l'expérience professionnelle en tant que CHW leur a permis d'acquérir ou de renforcer les compétences suivantes : effectuer des tâches de manière indépendante et gérer son propre agenda; mener des entretiens psychosociaux; adopter une attitude ouverte et respecter d'autres façons de vivre et de voir les choses ; avoir une pensée analytique et orientée solutions ; réfléchir à ses actions ; travailler sur le terrain ; faire face à des situations de crise ; être capable de se présenter; travailler de manière flexible; apprendre à fixer des limites; apprendre à collaborer; apprendre à donner des formations sur des thèmes de santé spécifiques pour les personnes vivant dans des conditions vulnérables ; et apprendre à développer des méthodes adaptées au groupe cible. Deuxièmement, en ce qui concerne les connaissances, les CHW ont appris des choses à propos de la carte sociale et la carte des soins ; le groupe cible ; la connaissance des droits, comme l'aide médicale urgente. Troisièmement, les CHW et les coaches des équipes considèrent que la mise en place du réseau apporte une valeur ajoutée à leur travail dans le cadre du projet CHW et qu'elle est enrichissante sur le plan personnel. Ils ont ainsi développé leur propre réseau dans le quartier, ce qui leur permet d'orienter les personnes vers les services adéquats. En outre, un CHW d'une équipe flamande a illustré la valeur ajoutée du réseau mis en place en déclarant : « Le réseau construit dans le secteur social, les nouveaux contacts que j'ai pu nouer avec les partenaires, ... pourraient peut-être contribuer à une future carrière ».

L'expérience professionnelle antérieure, la formation antérieure ou l'expérience de vie contribuent au travail comme CHW. Selon l'équipe bruxelloise : « la connaissance du terrain, le vécu de vie, les diplômes académiques, le formations etc. font qu'il y a un capital en connaissance qui a aidé pour définir nos missions ». Bien qu'aucune formation préalable ne soit requise pour postuler en tant que

CHW, plusieurs personnes ont postulé avec des qualifications, par exemple une formation en soins de santé ou un diplôme étranger en psychiatrie. Ce dernier CHW a indiqué que sa formation lui avait apporté « beaucoup de connaissances et de compétences [pour] parler aux gens de leur santé et de leurs difficultés ». En outre, plusieurs CHW ont déjà une expérience professionnelle ou ont été actifs dans la vie associative locale. La connaissance des organisations locales de certains CHW qui ont été actifs dans le secteur social a énormément aidé l'équipe. Toutefois, cette expérience n'est pas pleinement reconnue dans le salaire reçu. Par ailleurs, cette expérience professionnelle antérieure leur a permis d'acquérir des compétences importantes qu'ils peuvent utiliser en tant que CHW, comme le travail de proximité ou le fait de prendre patiemment le temps d'aider les gens. Un CHW flamand a illustré son expérience : « Mes années d'expérience dans le secteur social en tant que coordinateur d'un centre d'hébergement pour réfugiés et travailleur communautaire m'ont donné l'occasion de travailler avec des personnes d'origines diverses. J'ai appris leur culture et j'ai trouvé un moyen de contourner une partie de la langue. Cela m'a également permis de construire un réseau utile et d'avoir une bonne connaissance de la carte sociale de la province. Dans ma vie privée, je suis également socialement actif au sein de la communauté. Tout cela a contribué à faire de moi un bon CHW ». Enfin, il y a aussi des CHW qui peuvent mieux soutenir les gens grâce à leur propre expérience de vie, que ce soit leur expérience en tant que nouvel arrivant ou leur expérience en tant que réfugié. Un CHW wallon a dit à ce sujet : « La connaissance du parcours personnel nous a permis de connaitre certaines démarches et à avoir plus facile à rediriger les personnes ». En outre, la connaissance de différentes langues, qui sont également courantes au sein du groupe cible, leur a également permis de mieux soutenir les personnes. Une équipe flamande a résumé la situation : « Les expériences de travail et de vie contribuent à une attitude de base correcte en tant que CHW (par le respect, l'écoute active, l'obtention de la confiance et donc la réalisation de l'objectif, le travail au rythme et en fonction des capacités des personnes, avec un seuil aisé) ».

4.10.1. Défis et mesures d'atténuation potentielles

Au moment du questionnaire, nous ne savions pas encore si le projet CHW serait prolongé ou non. Les CHW et les coaches ont exprimé l'espoir que le projet soit prolongé. Une équipe wallonne a déclaré « Dans l'idéal, que le projet pilote devienne structurel » avec la possibilité d'étendre les villes et les quartiers et de fournir un contrat fixe aux CHW. Cela a été complété par une équipe flamande : « dans une situation idéale, le projet se développera et les CHW pourront devenir des CHW seniors qui assumeront des rôles de coordination, de spécialistes, ... basés sur des thèmes ou des qualités ». Si le projet devait être prolongé, une équipe de discussion a indiqué lors de l'atelier qu'il serait important de proposer des contrats à durée indéterminée avec également une possibilité d'augmentation de salaire après avoir travaillé avec succès en tant que CHW pendant une certaine période. Une autre équipe de discussion a ajouté que si le projet devait être prolongé et que les équipes devenaient plus grandes, il serait intéressant d'offrir la possibilité aux CHW d'évoluer vers des rôles de coach, qui encadreraient des CHW dans un quartier donné.

Au cours de l'atelier, une équipe a déclaré qu'il y avait des profils très divers en son sein et qu'elle essayait d'apprécier chacun et de le valoriser en fonction de ses compétences. Une équipe de l'atelier a ajouté qu'il serait utile d'offrir davantage d'opportunités de carrière « connexes » basées sur ces compétences, où les CHW pourraient assumer d'autres tâches, telles que la formation ou la corédaction de politiques.

L'équipe de Bruxelles souhaitait que les CHW ayant acquis des compétences aient la possibilité d'assumer davantage de responsabilités. En outre, une autre équipe a estimé qu'il serait utile que l'un des CHW devienne porte-parole de l'équipe des CHW et qu'il ait également la possibilité de participer à la création et à l'organisation des formations.

En outre, une équipe de discussion a souligné que les situations de vie des CHW sont également difficiles dans certains cas. Dans ce contexte, des possibilités de promotion supplémentaires seraient également souhaitables, disent-ils, afin de leur donner plus d'espace mental à la maison pour qu'ils puissent continuer à aider les gens.

2. Résultats quantitatifs

Dans cette section consacrée aux résultats quantitatifs, nous abordons tout d'abord le profil des CHW actifs dans le projet CHW. Nous examinons également le profil des personnes qu'ils soutiennent. La section quantitative zoomera ensuite sur les 11 indicateurs qui ont été affinés sur la base des travaux du « CHW Common Indicator Project » (Rodela, Wiggins et al. 2021). Au total, 39 CHW ont répondu au questionnaire sur un total de 49 personnes actives en tant que CHW (soit environ 46 équivalents temps plein). Sur ces 39 CHW, cinq ont répondu « non » à l'une des « demandes de consentement » pour l'utilisation des données. Par conséquent, les données présentées ci-dessous se rapportent à 34 CHW. L'un des CHW qui a rempli le questionnaire ne travaillait plus pour le projet au moment de la remise du questionnaire. Tous les CHW - sauf 2 - ont débuté au cours de la première année du projet. Au total, huit coaches du projet CHW ont rempli le questionnaire et accepté que leurs données soient traitées. Sur ces huit répondants, un coach a récemment arrêté son travail. La majorité d'entre eux travaillent pour le projet CHW depuis 2021. Un seul coach a commencé en 2022. À la fin de l'année 2022, un total de 6,9 ETP étaient actifs comme coach.

2.1. Profil des CHW du projet CHW belge

Le tableau 3.1 présente le profil sociodémographique et socio-économique des CHW qui ont répondu à l'enquête. L'âge des CHW va de 23 à 63 ans, avec une moyenne de 39,37 ans. Environ un tiers des CHW (28,1 %) sont titulaires d'un master universitaire. En outre, un peu moins d'un cinquième (18,8 %) ont déclaré avoir suivi un enseignement supérieur de type court, et 15,6 % un enseignement secondaire supérieur comme niveau d'éducation le plus élevé. Un peu plus de trois CHW sur quatre (77,8 %) ont déclaré avoir obtenu leur diplôme en Belgique. Sur les 7 qui ont indiqué avoir un diplôme étranger, 5 CHW (71,4 %) ont déclaré qu'ils pouvaient obtenir du travail avec ce diplôme, en dehors de leur travail de CHW, et 2 (28,6 %) n'ont pas répondu à cette question. Les CHW sont nés dans 13 pays différents. Un coach a indiqué au terme du questionnaire que les CHW n'ont pas pu trouver trois pays dans la liste disponible. La moitié des CHW sont nés en Belgique (50 %, = 16). Le deuxième groupe le plus important était celui des CHW nés au Maroc (15,6 %, n = 5). Un CHW était à chaque fois originaire de l'un des pays suivants : Algérie, Brésil, Haïti, Indonésie, Iran, Liban, Nigeria, Roumanie, Serbie, Ukraine et Émirats arabes unis. À la question de savoir si l'un d'entre eux avait fui son pays d'origine, 4 CHW ont répondu que c'était le cas. En outre, 2 CHW ont indiqué qu'ils ne souhaitaient pas répondre à cette question, et 10 CHW que ce n'était pas le cas. En ce qui concerne l'expérience professionnelle antérieure, la plupart des personnes ont déjà exercé un travail rémunéré en Belgique,

Projet CHW: rapport année 2022

qu'il soit combiné ou non à un travail bénévole. Un peu plus d'un cinquième des CHW (21,9 %) ont déclaré n'avoir aucune expérience professionnelle en Belgique. Lorsqu'on leur demande s'il est possible de joindre les deux bouts avec le revenu familial disponible, quatre CHW sur dix (43,8 %) indiquent que c'est plutôt difficile, voire très difficile.

Tableau 3.1 : Profil socio-démographique et socio-économique des CHW

Variable		Catégorie	Données
			descriptives
Âge (moyen)	n = 32		39,37 ans
Sexe	n = 32	Femme	71,9 %
		Homme	28,1 %
Niveau de	n = 32	Pas de diplôme	3,1 %
formation		Enseignement secondaire inférieur ou	3,1 %
		enseignement secondaire du 1 ^{er} ou 2 ^e degré	
		Enseignement secondaire supérieur ou	15,6 %
		enseignement secondaire du 3 ^e degré	
		Enseignement post-secondaire non supérieur	6,3 %
		(diplôme du 4 ^e degré, 7 ^e année, formation en	
		entreprise,)	
		Enseignement supérieur de type court, graduat	18,8 %
		(A1), bachelier professionnel	
		Enseignement supérieur de type long, master	3,1 %
		dans une haute école	
		Bachelier universitaire	9,4 %
		Master universitaire	28,1 %
		Autre diplôme	12,5 %
Diplôme le plus	n = 31	Oui	77,4 %
élevé obtenu en		Non	22,6 %
Belgique			
Expérience	n = 31	Travail rémunéré et pas de bénévolat	37,5 %
professionnelle en		Travail rémunéré combiné au bénévolat	40,6 %
Belgique		Pas de travail rémunéré, mais du bénévolat	12,5 %
		Pas de travail rémunéré ni de bénévolat	9,4 %
Joindre les deux	n = 32	Très difficilement	6,3 %
bouts avec le		Difficilement	9,4 %
revenu du ménage		Plutôt difficilement	28,1 %
		Plutôt facile	40,6 %
		Facile	12,5 %
		Très facile	3,1 %

La majorité des CHW vivent dans le quartier où ils travaillent (53,2 %, n = 17). Presque tous les CHW qui l'ont indiqué l'ont perçu comme une valeur ajoutée. Cependant, deux personnes aimeraient que les choses soient différentes. C'est ainsi que l'un des CHW a déclaré : « Même en jour « off » les

personnes font des demandes lors des tâches quotidiennes extérieures (courses, promenades, ...). Ils peuvent avoir connaissance de nos vies privées comme notre adresse, nos relations, ... ». Sur les 46,8 % (n = 15), 3 CHW ne vivent pas actuellement dans le quartier où ils travaillent mais ils en voient la valeur ajoutée : « J'aimerais travailler aussi dans le quartier où j'habite, parce que les gens ils me connaissent déjà et le lien de confiance est déjà établi, je sais aussi de quoi ils ont besoin et les difficultés qu'ils ont... C'est bien aussi de travailler dans des quartiers différents pour atteindre plus de bénéficiaires. »

2.2. Profil des bénéficiaires

Les CHW ont enregistré 4901 personnes. Ils ont indiqué que, sur ce nombre, 461 personnes sont entrées en contact avec les CHW par le biais d'une intervention de groupe. Au total, 20.785 personnes ont été atteintes par les interventions de groupe.

Le tableau 3.2 donne un aperçu du profil socio-démographique et socio-économique des personnes soutenues par les CHW en 2022. L'âge moyen des personnes aidées est de 43 ans, avec un minimum de 0 an et un maximum de 97 ans. Pour l'âge minimum, la personne qui a analysé les données a indiqué qu'il pourrait s'agir d'un soutien à l'administration lors de la naissance. Le nombre d'hommes et de femmes aidés est presque égal, avec une légère majorité d'hommes (53,04 %). Un peu plus d'un tiers des personnes (36,06 %) n'avaient pas de formation. Les personnes soutenues étaient de 109 nationalités différentes. La moitié des personnes soutenues par les CHW ont la nationalité belge (50,85 %), tandis que 14,11 % ont déclaré la catégorie « réfugié ou protection subsidiaire » et 11,80 % n'ont pas de permis de séjour ou sont en procédure de demande d'asile (7,18 %). En termes de revenus, un tiers des personnes aidées ont déclaré n'avoir aucun revenu (31,43 %). Le deuxième groupe le plus important recevait un revenu d'intégration sociale (20,54 %). Les trois quarts des personnes soutenues par les CHW ont indiqué qu'elles avaient du mal ou beaucoup de mal à joindre les deux bouts avec le revenu du ménage (76 %).

Tableau 3.2 : Profil socio-démographique et socio-économique des personnes soutenues par les CHW

Variable	n	Catégorie	Données
			descriptives
Âge (moyen)	n = 3512/4901		43 ans
			(moyenne)
			Min: 0 an
			Max: 97 ans
Sexe	n = 4557/4901	Femme	46,37 %
		Homme	53,04 %
		Х	0,59 %
Nationalité	n = 4338/4901	109 nationalités différentes	
Statut légal	n = 3679/4901	Autre statut de résidence	13,26 %
		Nationalité belge	50,85 %
		Pas de permis de séjour	11,80 %
		En procédure d'asile	7,18 %
		Visa	2,80 %

		Réfugié ou protection subsidiaire	14,11 %
Niveau de	n = 1950/4901	Aucun	36,05%
formation		Enseignement primaire spécialisé	6,56 %
		Enseignement primaire	17,59 %
		Enseignement secondaire inférieur	13,23 %
		Enseignement secondaire supérieur	16,41 %
		Enseignement supérieur	10,15 %
Revenu	n = 3437/4901	Pas de revenu	31,43 %
		Revenu d'intégration sociale	20,54 %
		Indemnités d'invalidité	13,27 %
		Pension	11,00 %
		Emploi temporaire	6,60 %
		Emploi fixe	10,88 %
		Allocations de chômage	6,28 %
Joindre les deux	n = 2248/4901	Très facilement	1 %
bouts avec le		Plutôt facilement	16 %
revenu du ménage		Facilement	7 %
		Difficilement	20 %
		Plutôt difficilement	28 %
		Très difficilement	28 %

Les personnes pouvaient également indiquer les barrières qu'elles ont rencontrés, avec la possibilité de faire des choix multiples. Le pourcentage affiché dans le tableau 3.3 est basé sur le nombre de personnes pour lesquelles ces obstacles ont été indiqués. Ici, l'obstacle le plus courant est celui de l'administratif, suivi d'une connaissance limitée du système de santé et des droits, ainsi que des barrières linguistiques et financières.

Tableau 3.3 : barrières perçus par les personnes soutenues par les CHW

Barrières	n =	Administratif	75,03 %
	2595/4901	Connaissance limitée du système de santé et	65,01 %
		des droits	
		Culture	27,28 %
		Finances	46,97 %
		Manque de confiance/conflit avec	32,87 %
		Conditions de vie	44,97 %
		Langue	53,49 %
		Accessibilité	47,24 %

2.3. Profil des coaches du projet CHW

Le tableau 3.4 nous montre que l'âge des coaches se situe entre 23 et 55 ans. La majorité (75 %) sont des femmes. Les coaches possèdent presque tous un diplôme de l'enseignement supérieur (bachelier ou master), à l'exception d'un coach qui n'a qu'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur.

Tous ont obtenu ces diplômes en Belgique. Tous les coaches avaient un emploi rémunéré avant d'occuper ce poste, qu'il soit complété par un travail bénévole ou non. Les résultats montrent que la majorité des coaches sont nés en Belgique et ont la nationalité belge (75 %). L'un des coaches a la double nationalité (belge et marocaine). L'un des coaches est né en Afghanistan et un autre au Maroc.

Tableau 3.4 : profil des coaches

Variable		Catégorie	Données
			descriptives
Âge (moyen)	n = 9	Min = 23 ans	40
		Max = 55 ans	
Sexe	n = 8	Femme	75 %
		Homme	25 %
Niveau de	n = 8	Pas de diplôme	0 %
formation		Enseignement secondaire inférieur ou	0 %
		enseignement secondaire du 1 ^{er} ou 2 ^e degré	
		Enseignement secondaire supérieur ou	12,5 %
		enseignement secondaire du 3 ^e degré	
		Enseignement post-secondaire non supérieur	0 %
		(diplôme du 4 ^e degré, 7 ^e année, formation en	
		entreprise,)	
		Enseignement supérieur de type court, graduat	50 %
		(A1), bachelier professionnel	
		Enseignement supérieur de type long, master	12,5 %
		dans une haute école	
		Bachelier universitaire	0 %
		Master universitaire	12,5 %
		Doctorat avec thèse	12,5 %
		Autre diplôme	0 %
Diplôme le plus	n = 8	Oui	100 %
élevé obtenu en		Non	0 %
Belgique			
Expérience	n = 8	Travail rémunéré et pas de bénévolat	50 %
professionnelle en		Travail rémunéré combiné au bénévolat	50 %
Belgique		Pas de travail rémunéré, mais du bénévolat	0 %
		Pas de travail rémunéré ni de bénévolat	0 %

2.4. Indicateurs

2.4.1. Indicateur #1: Niveau de rémunération, avantages et promotion des CHW

Lorsqu'on leur a demandé dans quelle mesure les CHW étaient satisfaits de leur travail, ils ont donné une note moyenne de 7,75 sur 10 (n = 32). Un CHW a donné une note de 3 sur 10, en expliquant : « Le

revenu mensuel n'est pas à la hauteur des efforts que je fournis », ainsi que de son diplôme. Tous les autres CHW ont donné un score d'au moins 6 et au maximum de 10. Dans la question ouverte, les CHW ont développé les raisons qu'ils ont données pour ces scores. Ainsi, certains CHW ont évoqué l'importance de leur travail pour soutenir les autres. Par ailleurs, certains CHW ont déclaré qu'il était très satisfaisant de pouvoir apporter quelque chose aux gens, d'avoir un travail varié et de bénéficier d'une grande autonomie. Un CHW a décrit ce travail comme « le métier de ses rêves ». En outre, la rémunération, la formation et le travail d'équipe ont été jugés positifs - même si, comme dans la citation ci-dessus, certains CHW ont également indiqué que la rémunération était faible et que l'ancienneté devait être prise en compte. Néanmoins, les CHW ont également indiqué que leur travail n'était pas toujours facile. Un CHW a affirmé : « C'est un travail où on se sent utile mais qui demande énormément d'investissement personnel ». Un autre CHW a indiqué qu'il y avait quelques inconvénients, comme « peu de matériel promotionnel et l'absence de lieu de travail fixe où nous ou nos bénéficiaires pouvons aller ». Un CHW a ajouté qu'il ressentait parfois une grande frustration dans l'exercice de ses fonctions. Un collègue CHW a concrétisé cela en déclarant qu'il « existe encore beaucoup de barrières structurelles qui m'empêchent d'aboutir dans certaines démarches ». Un CHW a résumé les éléments positifs et négatifs de son expérience : « Je suis complètement satisfaite de mon travail. Nous prenons le temps, l'aspect humain est mis en avant, nous travaillons avec le réseau, ... J'aime ce que je fais et les bénéficiaires nous le rendent plus que bien dans le travail mis en place avec eux. La relation de confiance se crée avec le temps et non une relation de contrôle. Nous apprenons à les connaitre tels qu'ils sont, sans filtre, et c'est comme cela que nous arrivons à mettre en place des solutions durable pour eux. J'ai mis 9/10 même si j'aurais pu mettre 10/10, pour la simple raison que je pense que les horaires de travail devraient pouvoir changer, commencer à 8h00 pour les bénéficiaires qui travaillent par exemple. Les horaires devraient être plus flexibles. »

À la question ouverte de savoir ce que les CHW aimeraient changer dans le salaire qu'ils reçoivent ou dans leur horaire de travail, 27 CHW ont donné une réponse. Cinq CHW ont indiqué que, pour eux, la situation ne devait pas être adaptée. Un sixième a ajouté : « Si le projet devait être reconduit (ce que je souhaite de tout cœur), c'est que nos diplômes soient reconnus, ce n'est pas question de salaire mais question de reconnaissance. Nous avons, je pense, un très bon salaire comparé aux personnes ayant des métiers très durs (titres- services par exemple) ». Deux CHW ont indiqué vouloir augmenter leur temps de travail d'un mi-temps vers un temps plein. La majorité d'entre eux ont déclaré qu'ils souhaitaient un salaire plus élevé. Et ce pour plusieurs raisons : la rémunération ne correspond pas au contenu du travail ; la charge psychosociale et la nature du travail ; l'ancienneté (dans le secteur social) devrait être prise en compte ; la comparaison du salaire avec d'autres secteurs ; l'augmentation du coût de la vie.

Comme le montre le tableau 3.1, certains CHW éprouvent des difficultés à joindre les deux bouts avec les revenus de leur ménage. Dans ces questions ouvertes, certains d'entre eux y font référence. C'est ainsi qu'un CHW a résumé sa situation : « J'ai pas mal d'ancienneté et un diplôme d'études supérieures en poche, mais en tant que mère célibataire s'occupant à plein temps de ses enfants, il est parfois difficile de joindre les deux bouts à la fin du mois. Une augmentation de salaire serait appréciée et une éventuelle compensation supplémentaire sous forme de chèques repas/écochèques. » Un autre CHW a complété l'information : « A cause de ce revenu (qui n'est pas proportionnel à la nature du travail et aux nécessités de la vie), mes enfants n'ont pas reçu de soutien pour l'enseignement supérieur... je veux donc quelque chose pour compenser cela ».

Projet CHW: rapport année 2022

En ce qui concerne la question ouverte sur les avantages supplémentaires, 30 CHW ont répondu. Trois personnes ont déclaré qu'elles ne souhaitaient aucun changement. D'autres CHW ont demandé de nouveaux avantages complémentaires, tels que : une indemnité de travail à domicile, l'accès à un vélo (électrique), l'accès à Internet sur un ordinateur portable, un treizième mois, un congé lors des fêtes musulmanes, des formations complémentaires, des chèques-repas et/ou des écochèques, une prime de risque, davantage de congés et une pension complémentaire. Ils ont également demandé une procédure plus simple pour se faire rembourser les frais encourus. La demande d'un contrat fixe a également été soulevée par l'un des CHW. La demande d'une indemnité de travail à domicile en cas de télétravail pour accomplir des tâches administratives a été fréquente (n = 7). Un tiers des CHW (n = 10) ont déclaré vouloir une assurance hospitalisation. L'une des CHW a indiqué qu'elle souhaitait être affiliée gratuitement à une mutualité. En outre, un CHW a exprimé le souhait de recevoir davantage de soutien concernant sa propre santé : « Assurance hospitalisation, consultation par le médecin du travail et vaccination pour les maladies transmissibles (hépatite par exemple...) et un soutien psychologique pour les CHW ».

La demande d'un lieu de rencontre dans le quartier a également été soulignée par certains CHW, ainsi que celle de vêtements portant le logo du projet CHW.

Lorsqu'on leur a demandé dans quelle mesure les coaches étaient satisfaits de leur travail, ils ont donné une note moyenne de 8,8 sur 10 (minimum 7 et maximum 9). Comme le dit l'un des coaches : « Tout me convient : petite équipe, groupe cible adéquat, objectifs adéquats, coaching et leadership, dans la ville où j'habite. De plus, j'ai une chouette équipe avec des gens motivés. Et puis, un projet pilote qui sort de terre, c'est vraiment quelque chose pour moi. Travailler dans un cadre bien délimité, c'est beaucoup moins facile. » Un autre coach a ajouté qu'il n'était pas entièrement satisfait de son salaire.

2.4.2. Indicateur #2 : Les CHW remplissent des rôles essentiels

Dans l'outil d'enregistrement quotidien, les CHW ont indiqué les rôles qu'ils jouaient lorsqu'ils soutenaient les personnes du groupe cible. Ces rôles ont été décrits plus en détail au chapitre I. Au total, 19.600 actions ont été enregistrées par les CHW, dont 567 ont été annulées et replanifiées. Sur les 19.033 actions réalisées (cf. tableau 3.5), les CHW ont indiqué qu'ils jouaient le plus souvent le rôle de « Créer des liens entre les individus, les communautés et les acteurs de santé » (25,80 %), suivi de près par « Fournir un encadrement et un soutien social » (24,42 %) et la « Navigation dans le système de santé » (22,54 %). Toutefois, lors des discussions avec les CHW, il est apparu clairement que cette subdivision n'était pas toujours évidente et qu'il était nécessaire d'affiner ces rôles.

Tableau 3.5 : rôles-clés des CHW au cours des interventions

Quels rôles ont été	n = 19033	Fournir un encadrement et un soutien social	24,42 %
endossés lors de		Créer des liens entre les individus, les	25,80 %
l'exécution des		communautés et les acteurs de santé	
actions?		Participer à l'évaluation et à la recherche	0,47 %
		Naviguer dans le système de santé	22,54 %

Défendre les individus et les communautés	
Travail de proximité	10,59 %
Développer la littératie de santé au niveau	2,41 %
individuel et au niveau de groupes	
Fournir des informations sur la santé adaptées à la culture	10,23 %

2.4.3. Indicateur #3: Renvois facilités par les CHW

Tableau 3.6: type d'interventions des CHW

Comment les	n = 4901	Via un travail de quartier, un	19,92 %
personnes du		fonctionnement local	
groupe cible sont-		Lors d'un entretien de prise de contact avec	16,22 %
elles entrées en		un CHW	
contact avec les		Via un contact avec un CHW en rue/sur une	13,90 %
CHW ?		place	
		Via une intervention de groupe	9,41 %
		Via une figure-clé	6,79 %
		Via un service social (OCWW, CPAS, CAW,)	10,88 %
		Via une mutualité/SAS	0,45 %
		Via un prestataire de soins	5,37 %
		Par le bouche à bouche	17,06 %
Nombre	n = 13836	Interventions individuelles	12650
d'interventions		Interventions de groupe	1186
Nombre moyen de	n = 1186	Par intervention de groupe	17,53
participants par	interventions		(en moyenne)
intervention	de groupe		
	(max = 350)		
	(min = 2)		
Nombre moyen	n = 12650		3,25
d'interventions			(moyenne)
individuelles par			
personne			
Type d'intervention	n = 12650	Autres	16,80 %
		Contact en rue	13,85 %
		Contact lors d'une permanence	21,49 %
		Visite à domicile	15,47 %
		Contact téléphonique	32,39 %

Le tableau 3.6 montre que la plupart des personnes sont entrées en contact avec les CHW par le biais du travail de proximité et local (19,92 %), ainsi que par le bouche-à-oreille (17,06 %) et via les permanences des CHW dans diverses organisations où ils sont présents un jour fixe, par exemple les banques alimentaires (16,22 %). Au total, 12.650 interventions individuelles ont été enregistrées. En

moyenne, chaque personne a bénéficié de 3,25 interventions individuelles. Par ailleurs, les CHW ont enregistré 1186 interventions de groupe, avec une moyenne de 17,53 participants par intervention. Un tiers des moments de contact se sont déroulés par téléphone (32,39 %). Toutefois, il n'est pas clair s'il s'agit de contacts de suivi ou de premiers contacts. Il s'agit d'un point d'attention pour le développement futur de l'outil d'enregistrement afin de se diversifier. 21,49% des interventions ont eu lieu lors d'une permanence libre, ou d'autres (16,80 %). Il est nécessaire d'affiner cette dernière catégorie en concertation avec les CHW.

Le tableau 3.7 montre que les CHW mènent principalement des actions auprès des acteurs suivants : mutualité (18,79 %) ; médecin spécialiste (15,86 %) et médecin généraliste (13,26 %). La catégorie « autre » a également été cochée fréquemment (17,36 %), ce qui indique que, là aussi, des améliorations sont nécessaires pour la troisième année. Par ailleurs, le fait d'avoir un médecin généraliste, un dossier médical global ou d'être affilié à une mutualité n'a pas été enregistré de manière uniforme. En raison de la programmation, il n'est pas possible de dire avec certitude si une personne n'a aucun de ces éléments ou s'ils n'ont pas été renseignés. Ceci devrait être adapté pour la troisième année du projet.

Tableau 3.7 : acteurs des soins et du bien-être envers lesquels l'action a été menée

Soins	n = 19033	Soins - Autre spécialiste	15,86 %
		Soins - Pharmacie	0,78 %
		Soins - Médecin généraliste	13,26 %
		Soins - Mutualité	18,79 %
		Soins - Psychologue	4,01 %
		Soins - Service d'urgence	0,71 %
		Soins - Dentiste	4,62 %
Covid		Covid - Mesures	0,44 %
		Covid - Test et tracing	0,63 %
		Covid - Vaccination	3,07 %
Autres		Autres - Intégration	1,23 %
		Autres - CAW	1,04 %
		Autres - Administration	2,61 %
		Autres - ONE	0,84 %
		Autres - CPAS	9,37 %
		Autres - Logement	2,49 %
		Autres – FOREM	1,18 %
		Autre - Banque alimentaire	1,71 %
		Autres	17,36 %

Le tableau 3.8 révèle les barrières primaires sur lesquels les CHW ont indiqué s'être concentrés dans l'outil d'enregistrement au cours des 19.033 actions menées dans le cadre des interventions. Cellescis ont conformes aux barrières générales que les personnes ont indiqué dans leur fiche personnelle avoir rencontrés lors de leur accès aux soins (cf. tableau 3.3). Les CHW pouvaient indiquer plusieurs barrières pour une même action, dont au moins une barrière primaire devait être renseigné. Aucune barrières econdaire n'a été enregistré pour la plupart des actions (12232 sur 19033). Au cours de 6801

(19033-12232) actions dans le cadre des interventions enregistrées, les CHW ont également mentionné 9257 barrières secondaires auxquelles ils se sont heurtés. La fracture numérique (20,54 %), l'isolement social (15,55 %) et les problèmes de santé mentale (11,20 %) sont considérés comme des barrières secondaires importantes. Toutefois, la distinction entre les barrières primaires et secondaires n'était pas claire et possible pour tout le monde. La répartition des barrières secondaires et primaires devrait également être revue et adaptée pour la troisième année.

Tableau : 3.8 Barrières rencontrées au cours des actions menées dans le cadre des interventions

Barrières	n = 78355	Administrative	78,06 %
primaires		Connaissance limitée du système de santé et	58,41 %
		des droits	
		Culture	28,97 %
		Finances	46,02 %
		Manque de confiance/conflit avec	38,86 %
		Conditions de vie	49,56 %
		Langue	58 %
		Accessibilité	53,8 %
Obstacles	n = 9257	Analphabétisme	8,56 %
secondaires	obstacles au	Covid Safe Ticket	4,03 %
	cours de	Fossé numérique	20,54 %
	19033 actions	Problèmes de santé mentale	11,20 %
		Mobilité	9,98 %
		Insalubrité de l'habitation	3,13 %
		Isolement social	15,55 %
		Procédure lente (temporairement)	8,78 %

Dans l'onglet « action », les CHW ont également été invités à évaluer eux-mêmes si cette action a aidé (cf. tableau 3.9). Les réponses socialement souhaitables pourraient potentiellement créer un biais dans cette question et les résultats doivent être interprétés avec prudence. Les CHW ont indiqué que dans 80,61 % des cas, ces actions ont aidé à surmonter les obstacles de la personne, tandis que 11,86 % ont indiqué que, selon eux, cela a un peu aidé et 7,53 % ont indiqué que cela n'a pas aidé.

Tableau 3.9 : Cette action a-t-elle aidé ?

Cette action a-t-elle	n = 16902	Oui	80,61 %
aidé ?		Un peu	11,86 %
		Non	7,53 %

2.4.4. Indicateur #4: Implication des CHW dans la prise de décision et la politique

Tableau 3.10 : influence des CHW sur la politique

Je pense qu'en tant que CHW, j'ai eu une influence sur la politique au niveau du quartier et/ou de la commune/ville (n = 31)		
Pas du tout d'accord 3,2 %		
Pas d'accord	35,5 %	
D'accord 32,3 %		
Tout à fait d'accord	29 %	

À la question de savoir si les CHW avaient le sentiment d'avoir eu une influence sur la politique au niveau du quartier et/ou de la ville, une majorité a répondu « d'accord » ou « tout à fait d'accord » (cf. tableau 3.10). L'enquête demandait également des exemples. Si certains CHW ont indiqué comment ils soutenaient les personnes au niveau individuel, d'autres ont également donné des exemples au niveau politique. Certains CHW ont examiné des collaborations avec d'autres organisations et réseaux au niveau des quartiers. Un CHW a donné comme exemple le fait qu'il est devenu un partenaire important des gestionnaires de quartier. En outre, certains CHW ont pointé une autre de leur tâche: « L'une de nos missions est de signaler les problèmes structurels. J'espère qu'ils en tiendront compte à long terme ». Un autre CHW a précisé qu'il ne signalait pas seulement les besoins par l'intermédiaire du coach (cf. chapitre IV), mais aussi au sein de l'équipe de quartier. De plus, certains CHW ont concrétisé cela au niveau de la commune : « grâce à notre intervention et suivi, la commune a organisé une coordination avec les habitants et des services » ; « nous avons également pu convaincre certains conseillers communaux de faciliter l'obtention du certificat Covid pour les personnes [sans papiers] ». Un CHW a par ailleurs cité un exemple de la manière dont il/elle réunit des partenaires à partir de cas concrets pour voir comment les obstacles structurels peuvent être levés : « J'ai découvert à travers plusieurs études de cas certaines difficultés liées à l'enregistrement à l'hôpital des personnes sans domicile légal. Mes clients se heurtent souvent à des résistances lors de l'inscription (sans domicile légal ou en l'absence de carte médicale ou d'adresse). Des discussions ont déjà eu lieu avec un hôpital et des concertations avec une personne de la carte médicale ainsi qu'avec des collègues du travail de rue et une autre asbl [nom de l'asbl] qui s'engagent auprès de ce groupe cible. Le problème réside dans les coûts et dans le fait que certains services ne trouvent pas le moyen de les récupérer ».

2.4.5. Indicateur #5: Intégration des CHW dans les équipes

Pour l'indicateur 5, nous examinons à la fois l'intégration des CHW dans les équipes de soins de santé et la collaboration avec les acteurs de l'aide sociale.

2.4.5.1. Intégration des CHW dans les équipes de soins de santé

Tableau 3.11: relations entre les CHW et les prestataires de soins

	Pas	du	Un peu	Régulièrement	Plutôt	Vraiment
	tout				souvent	souvent
Dans quelle mesure les	0 %		22,5 %	35,5 %	35,5 %	6,5 %
prestataires de soins						

	T			T	
avec lesquels vous					
collaborez sont-ils au					
courant du travail que					
vous effectuez avec les					
personnes du groupe					
cible ? (n = 31)					
Dans quelle mesure les	0 %	19,4 %	35,4 %	38,7 %	6,5 %
prestataires de soins					
avec lesquels vous					
collaborez comprennent-					
ils votre rôle et ce que					
vous faites en tant que					
CHW ? (n = 31)					
Dans quelle mesure vous	0 %	12,9 %	22,6 %	35,5 %	29,0 %
sentez-vous à l'aise pour					
discuter des besoins des					
personnes du groupe					
cible avec les					
prestataires de soins					
avec lesquels vous					
collaborez ? (n = 31)					
Avez-vous le sentiment	41,9 %	9,7 %	16,1 %	22,6 %	9,7 %
d'être la seule voix du					
groupe cible auprès des					
prestataires de soins					
avec lesquels vous					
travaillez ? (n = 31)					
Vous sentez-vous	61,3 %	29,1 %	3,2 %	3,2 %	3,2 %
rejeté(e) ou non					
respecté(e) dans votre					
rôle de CHW par les					
prestataires de soins					
avec lesquels vous					
travaillez ? (n = 31)					
	1	I	l	I	

Le tableau 3.11 montre qu'environ un cinquième des CHW ont déclaré que les prestataires de soins ont une connaissance limitée de leur rôle en tant que CHW, ainsi que du contenu précis de leur travail. En outre, un tiers d'entre eux ont indiqué qu'ils se sentaient quelque peu rejetés dans leur rôle de CHW par les prestataires de soins avec lesquels ils collaborent. Près de six CHW sur dix (58,1 %) ont déclaré avoir le sentiment d'être un peu, voire beaucoup, la seule voix des membres du groupe cible. Par ailleurs, ce tableau montre que les CHW se sentent généralement très à l'aise pour parler des besoins des personnes du groupe cible.

Le tableau 3.12 se concentre sur la communication entre les prestataires de soins et les CHW. Nous constatons ici que les CHW communiquent généralement assez souvent avec les prestataires de soins

au sujet des personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale, ainsi que des personnes spécifiques qu'ils soutiennent tous les deux. Un CHW a également donné un exemple de la manière dont il informe les prestataires de soins des coutumes et habitudes socioculturelles des personnes qu'ils aident : « Dans ma culture, il est inacceptable de parler de la mort entre le médecin et le patient en palliatif. Le médecin m'a demandé de discuter avec lui des dernières volontés du patient. Mais ce n'est pas possible, c'est tabou. Aussi avec la famille. Je l'ai dit au médecin. Le médecin a appris qu'il est très difficile, voire impossible, pour certaines personnes d'en parler ».

Tableau 3.12 : communication entre les CHW et les prestataires de soins

	Jamais	Rarement	De temps	Souvent	Toujours
			en temps		
Avec quelle fréquence	0 %	3,2 %	29,0 %	45,2 %	22,6 %
communiquez-vous avec					
les prestataires de soins					
avec lesquels vous					
travaillez au sujet du					
groupe cible ? (n = 31)					
Avec quelle fréquence	0 %	0 %	38,7 %	38,7 %	22,6 %
communiquez-vous avec					
les prestataires de soins					
avec lesquels vous					
travaillez au sujet de la					
personne que vous					
soutenez ? (n = 31)					

Tableau 3.13: enregistrement et partage des informations

	Non	Oui
Avez-vous accès à l'enregistrement des	87,1 %	12,9 %
informations concernant vos participants		
dans le système d'autres prestataires de soins		
pour le suivi des personnes que vous		
soutenez ? (n = 31)		
Votre employeur vous offre-t-il suffisamment	22,6 %	77,4 %
d'espace pour travailler (par exemple		
rencontrer des personnes du groupe cible,		
remplir des documents, téléphoner, utiliser		
un ordinateur, etc.) ? (n = 31)		

La grande majorité des CHW (87,1%) n'ont pas accès pas au système d'enregistrement des autres prestataires de soins pour partager des informations sur la personne qu'ils assistent (cf. tableau 3.13). À la question de savoir si l'employeur offre suffisamment d'espace pour travailler, 77,4 % ont répondu par l'affirmative. Certains CHW expliquent leur réponse plus en détail : l'un d'entre eux a indiqué que

grâce au coach, un lieu de permanence a pu être trouvé ; un autre CHW a indiqué que le coach a fourni un soutien à cet égard, mais que les CHW eux-mêmes ont dû mettre en place des collaborations pour, par exemple, avoir accès à un local dans le quartier ou pour tenir des permanences.

2.4.5.2. Organisations d'aide sociale

Dans ce chapitre, nous examinons la collaboration des CHW avec les organisations d'aide sociale. Nous entendons par là les organisations qui travaillent dans le domaine de l'aide sociale en général, ainsi que dans le secteur du logement, de la pauvreté et d'autres domaines de la vie.

Tableau 3.14: relations entre les CHW et les prestataires sociaux

	Pas	du	Un peu	Régulièrement	Plutôt	Vraiment
	tout				souvent	souvent
Dans quelle mesure les	0 %		16,1 %	19,4 %	51,6 %	12,9 %
prestataires sociaux						
avec lesquels vous						
collaborez sont-ils au						
courant du travail que						
vous effectuez avec les						
personnes du groupe						
cible ? (n = 31)						
Dans quelle mesure les	3,2 %		9,7 %	32,3 %	45,2 %	9,7 %
prestataires sociaux						
avec lesquels vous						
collaborez						
comprennent-ils votre						
rôle et ce que vous faites						
en tant que CHW? (n =						
31)						
Dans quelle mesure vous	0 %		12,9 %	16,1 %	29,0 %	41,9 %
sentez-vous à l'aise pour						
discuter des besoins des						
personnes du groupe						
cible avec les						
prestataires sociaux						
avec lesquels vous						
collaborez ? (n = 31)						
Avez-vous le sentiment	45,2 %	ó	12,9 %	25,8 %	6,5 %	9,7 %
d'être la seule voix du						
groupe cible parmi les						
prestataires sociaux						
avec lesquels vous						
travaillez ? (n = 31)						

Vous sentez-vous	58,1 %	22,6 %	9,7 %	6,5 %	3,2 %
rejeté(e) ou non					
respecté(e) dans votre					
rôle de CHW par les					
prestataires sociaux					
avec lesquels vous					
travaillez ? (n = 31)					

En comparant le tableau 3.15 avec les réponses concernant les prestataires de soins (cf. 3.14), nous constatons que les CHW indiquent que les prestataires sociaux sont davantage au courant du travail des CHW que les prestataires de soins. En termes de compréhension du rôle, les résultats entre les deux groupes sont sur la même ligne. Les CHW ont déclaré se sentir plus à l'aise lors d'un contact avec des prestataires sociaux qu'avec des prestataires de soins. Les résultats concernant le sentiment d'être la seule voix vont également dans le même sens - bien que les CHW aient un peu moins l'impression d'être la seule voix parmi les prestataires sociaux que parmi les prestataires de soins. En ce qui concerne le sentiment d'être respecté dans son rôle de CHW, nous pouvons également noter des résultats relativement similaires pour les prestataires sociaux et pour les prestataires de soins.

Tableau 3.15: communication entre les CHW et les prestataires sociaux

	Jamais	Rarement	De temps	Souvent	Toujours
			en temps		
Avec quelle fréquence	0 %	3,2 %	22,6 %	45,2 %	29,0 %
communiquez-vous avec					
les prestataires sociaux					
avec lesquels vous					
travaillez au sujet du					
groupe cible ? (n = 31)					
Avec quelle fréquence	0 %	3,2 %	19,4 %	48,4 %	29,0 %
communiquez-vous avec					
les prestataires sociaux					
avec lesquels vous					
travaillez au sujet de la					
personne que vous					
soutenez ? (n = 31)					

En termes de communication également, nous pouvons observer des modèles relativement similaires entre les prestataires sociaux (cf. tableau 3.15) et les prestataires de soins (cf. tableau 3.12). La grande majorité des CHW ont déclaré qu'ils communiquaient souvent avec les prestataires sociaux au sujet des personnes appartenant au groupe cible. Le tableau 3.16 montre cependant que l'accès à l'enregistrement des personnes que l'on soutient dans le système des prestataires sociaux est limité à 12,9 % des CHW qui ont répondu à cette question.

Tableau 3.16: enregistrement et partage des informations

	Non	Oui
Avez-vous accès à l'enregistrement des	87,1 %	12,9 %
informations concernant vos participants		
dans le système des prestataires sociaux pour		
le suivi des personnes que vous soutenez ? (n		
= 31)		

2.4.6. Indicateur #6: Participants: santé physique, mentale et émotionnelle autodéclarée

Pour mesurer l'état de santé autodéclaré, la question « Comment vous sentez-vous sur une échelle de 1 à 100 ? » - une version modifiée de la « Visual Analogue Scale du groupe EuroQol » - a été utilisée (Cheng, Tan et al. 2021). Pour aider les CHW à poser cette question de manière compréhensible aux personnes qu'ils soutiennent, une illustration plastifiée a été fournie, montrant un thermomètre coloré et des smileys, sur lesquels les personnes pouvaient indiquer comment elles se sentaient (cf. figure 3.1). Cependant, les CHW ont indiqué qu'il n'était pas évident de poser cette question aux personnes qu'ils soutiennent, ni d'y répondre correctement. En raison de la fiabilité limitée des résultats, ils n'ont finalement pas été repris dans le rapport. Pour la troisième année, il est important d'examiner plus en détail avec les CHW comment cet indicateur peut être mis en œuvre d'une manière aisée pour les CHW et claire pour les bénéficiaires.

En général, comment qualifieriez-vous votre état de santé sur une échelle de 0 à 100?

Over het algemeen, hoe zou je zeggen dat je gezondheid is op een schaal van 0-100?

In general, how would you say your health is on a scale from 0-100?

100
95
90
175
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15

Figure 3.1 : support visuel pour l'auto-évaluation de la santé

2.4.7. Indicateur #7: Soins de santé et besoins sociaux des personnes soutenues par les CHW

Le tableau 3.17 indique le lieu de résidence et le statut légal des personnes soutenues par les CHW. Les CHW ont indiqué que ces questions ne sont pas toujours évidentes à poser d'emblée, compte tenu

de l'importance d'établir une relation de confiance. Un peu plus d'un quart des personnes ont déclaré ne pas avoir ou ne pas être certaines d'avoir une résidence permanente. Les CHW ont donné leur propre évaluation de l'état du domicile - s'ils pouvaient l'estimer. Un peu plus de la moitié d'entre eux ont indiqué que l'état était bon (53,30 %), tandis que 38,69 % ont déclaré qu'il était moyen et 7,81 % qu'il était inhabitable.

Tableau 3.17 : Domicile et statut légal des personnes soutenues par les CHW.

Lieu de résidence n =		Je ne suis pas sûr de ma résidence fixe	14,25 %	
3635/49		J'ai une résidence fixe	72,02 %	
		Je n'ai pas de résidence fixe	13,73 %	
État du lieu de	n =	Moyen	38,69 %	
résidence 2254/4901		Bon	53,50 %	
		Inhabitable	7,81 %	

2.4.8. Indicateur #8: Soutien social des personnes aidées par les CHW

Un peu moins de la moitié (44,93 %) des personnes ont déclaré avoir un réseau social (cf. tableau 3.18). Environ un quart des personnes soutenues par les CHW disposent d'un petit réseau social. Cependant, 9,23 % ont déclaré n'avoir aucun réseau social.

Tableau 3.18 : Réseau social des personnes recevant un soutien des CHW

Présence	d'un	n =	Oui	44,93 %
réseau social		3403/4901	Un peu	24,54 %
			Non	9,23 %
			Inconnu	21,30 %

2.4.9. Indicateur #9: Autonomisation des participants

Étant donné que l'outil d'enregistrement a été créé principalement pour soutenir les CHW dans leur travail et pour suivre les activités des coaches, cet aspect n'a pas été étudié. Lors d'une discussion avec les CHW, les coaches et les coordinateurs, il a été décidé de ne pas reprendre la totalité des questions établies par des collègues aux États-Unis, en raison du temps excessif que cela exigerait de la part des CHW.

2.4.10. Indicateur #10 : Politique et changement de système (au niveau de l'employeur)

Les questions relatives à l'indicateur 10 ont été posées au coordinateur fédéral du projet CHW. Comme décrit au chapitre I, le projet CHW utilise une définition écrite des CHW, qui a été adaptée en concertation avec les CHW, les coaches et les coordinateurs sur la base de la définition de l'APHA (American Public Health Association 2014, The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project 2018). De plus, dix rôles fondamentaux - tels que définis par le projet Community Health Worker Core Consensus - ont été adaptés au contexte belge. Ainsi, en accord avec les CHW, le coach

et le coordinateur, les 10 rôles ont été réduits à 8 rôles basés sur le fonctionnement quotidien des CHW (cf. chapitre I) (The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project 2018).

L'indicateur 10 original évalue aussi la participation à la formation des CHW reconnue par l'État et basée sur les « compétences de base » des CHW, ainsi que la formation spécifique liée au modèle des CHW pour les coaches, et la certification des CHW. Comme le décrivent également les résultats de l'étude CHW-AIM (cf. chapitre II, CHW-AIM résultats), il n'existe actuellement aucune formation de ce type, reconnue par l'État ou par le réseau des CHW, pour les CHW et les coaches en Belgique. La certification des CHW n'existe pas non plus en Belgique à l'heure actuelle.

2.4.11. Indicateur #11 : Politique et changement de système (au niveau de l'État)

La note de politique générale « santé publique » (28 octobre 2022, DOC 55 2934/012) mentionne à deux reprises les Community Heath Workers. Ils indiquent ainsi, dans le cadre des initiatives visant à améliorer l'accessibilité aux soins de santé pour les personnes vivant dans des conditions vulnérables : « dans le cadre du livre blanc sur l'accès aux soins, nous poursuivrons nos initiatives axées sur les publics fragilisés, notamment avec la poursuite de l'implémentation progressive d'une ligne 0,5 dans plusieurs grandes villes (Bruxelles depuis 2015, Liège en 2022), la reprise du projet « Community Health Workers » (facilitateurs en santé) pour lequel la première évaluation s'est révélée positive » (p. 21). Plus loin, les CHW sont également mentionnés dans le contexte de l'engagement des citoyens dans la politique de santé : « Le patient est le partenaire de santé le plus important aux niveaux micro, méso et macro. » Mon ambition est de renforcer et de concrétiser davantage la participation et l'empowerment des patients par le biais de différentes initiatives. Je songe ici au recours aux médiateurs interculturels, aux facilitateurs en santé ("community health workers") et aux experts du vécu. » (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers 2022: p. 74)

2.4.12. Indicateur #12 : Supervision de soutien et de réflexion des CHW

Le taux d'emploi des coaches dans le projet CHW variait de 50 % (n = 2), 75 % (n = 1) et 80 % (n = 1) à 100 % (n = 3). Les équipes vont de 3 ETP (équivalents temps plein) à 10 ETP - selon la ville.

Supervision

Tel qu'il est utilisé dans le questionnaire, le terme « supervision » fait référence à un processus dans lequel un coach et un CHW se rencontrent régulièrement dans le but d'aider le CHW à faire le meilleur travail possible et à évoluer professionnellement. Une supervision de soutien et de réflexion implique une relation réciproque dans laquelle les deux parties partagent le pouvoir et ont la possibilité d'apprendre l'une de l'autre. Nous scindons la supervision des CHW en trois aspects : administratif, supervision de la pratique et supervision sur le terrain. En moyenne, les coaches consacrent 30 % de leur temps à la supervision administrative (n = 7, minimum 10 % et maximum 60 %). La supervision administrative porte sur des questions telles que le fait d'arriver à l'heure au travail et de remplir correctement l'outil d'enregistrement. La supervision de la pratique, qui implique la supervision du fonctionnement quotidien tel que la discussion de cas, représente en moyenne 37 % de la part de travail des coaches (n = 7, minimum 25 % et maximum 50 %). C'est à la supervision sur le terrain que les coaches consacrent le moins de temps (c'est-à-dire que le coach rend visite aux CHW sur le terrain, et les aide à s'améliorer). Il convient de noter qu'il existe de fortes différences entre les coaches en ce

qui concerne la répartition du temps entre les différents types de supervision. Un coach l'a constaté lui-même en déclarant : « Chacun d'entre nous concrétise le métier de coach différemment, la base est toujours la même, mais les accents peuvent certainement différer. C'est pour cela que l'intervision est utile ».

À la question de savoir comment les coaches évaluent la qualité du soutien qu'ils reçoivent de leur coordinateur régional, 7 coaches (71,4 %) ont répondu qu'ils la considéraient comme assez bonne et 2 coaches (28,6 %) qu'ils la jugeaient bonne. Un coach a indiqué qu'il avait dû travailler sans coordinateur pendant plusieurs mois, ce qui n'a pas été facile. L'un des coaches a expliqué son score en détail : « Les coordinateurs régionaux sont également 'pris en sandwich' entre les coaches et la direction et le comité de pilotage du projet, ce qui n'est pas une position enviable. Ils font vraiment de leur mieux. Pourtant, je trouve qu'il leur manque un contact avec la base, avec la réalité de terrain. Je le remarque dans les conseils qui sont donnés et qui sont assez éloignés du terrain, mais qui découlent plutôt de « quick wins » et de l'esprit de gestion. Parfois, les préoccupations sont rapidement rejetées en disant que « cela ne cadre pas avec le projet » alors qu'il s'agit d'une réalité confrontante avec laquelle nous devons travailler. Cas complexes, situations de crise avec violence intrafamiliale, maltraitance des enfants, traumatismes... tout cela en fait partie. En tant que personne de confiance, il n'est vraiment pas facile de s'y retrouver, et nous ne pouvons pas non plus 'résoudre nous-mêmes' la situation. C'est souvent une impasse où nous cherchons des ressources pour nous soutenir, par exemple en contactant un professionnel qui a de l'expérience dans ce type de crise et qui peut alors nous donner des conseils. Nous ne sommes pas des travailleurs sociaux, mais parfois la frontière est mince entre les deux. Nous sommes des liants sociaux, mais ce n'est pas strictement délimité. C'est difficile. Et en cela, en tant que coach, un soutien ou une réflexion commune sur les solutions possibles me font vraiment défaut. On balaie rapidement tout cela, peut-être parce qu'ils ne savent pas non plus. Mais il n'existe tout simplement pas de 'manuel' pour gérer les situations complexes ou les crises, personne n'en a un ». Un autre coach a précisé qu'il s'agit « surtout d'une découverte de soi », mais qu'il/elle finit par obtenir des réponses aux questions posées « à condition de faire preuve de patience et de reposer la question ».

Expérience des CHW en matière de supervision

Le tableau 3.19 décrit les données basées sur le questionnaire des CHW. Les CHW déclarent recevoir principalement une supervision liée à la pratique. En second lieu, l'accent est mis sur la supervision liée à l'administratif. Enfin, environ trois quarts des CHW (74,2 %) ont déclaré bénéficier d'une certaine forme de supervision sur le terrain, si l'on considère les trois dernières catégories de réponses.

Tableau 3.19 : réception des types de supervision.

	Pas du tout	Un peu	Assez bien	Plutôt	Vraiment		
				beaucoup	beaucoup		
Recevez-vous les types de supervision suivants ?							
Supervision liée à	3,2 %	12,9 %	22,6 %	29,0 %	32,3 %		
l'administration ?							
(n = 31)							

Supervision de la	3,2 %	9,7 %	16,1 %	32,3 %	38,7 %
pratique ? (n =					
31)					
Supervision sur le	9,7 %	16,1 %	32,1 %	19,4 %	22,6 %
terrain ? (n = 31)					

Le tableau 3.20 montre que la majorité des CHW considèrent que la supervision qu'ils reçoivent est suffisante. Néanmoins, près d'un sur cinq a déclaré qu'il aimerait bénéficier d'une plus grande supervision sur le terrain.

Tableau 3.20 : ressenti de la supervision reçue par contenu

La supervision que vous recevez en tant que CHW est-elle suffisante ?					
			Non, ce n'est pas suffisant	Oui, c'est suffisant	
Supervision	liée	à	10 %	90 %	
I'administration	l'administration ? (n = 31)				
Supervision de la pratique ? (n = 16,1 9			16,1 %	83,9 %	
31)					
Supervision sur le terrain ? (n =			19,4 %	80,6 %	
31)					

Le tableau 3.21 montre qu'une grande majorité des CHW sont satisfaits du niveau de supervision individuelle et d'équipe. Les CHW pouvaient, s'ils le souhaitaient, apporter des précisions dans une question ouverte concernant la supervision individuelle et collective. En ce qui concerne la supervision individuelle, les CHW ont indiqué que ce contact se faisait souvent par téléphone ou en ligne. À l'exception d'un CHW qui a déclaré ne pas avoir reçu de supervision individuelle, les six autres CHW qui ont fourni des informations supplémentaires étaient positifs : « La superviseure est toujours disponible, à l'écoute et aide à améliorer mon travail de terrain et à débloquer des situations quand c'est nécessaire.

Cela est très nécessaire, nous pouvons échanger sur nos situations, avoir un regard extérieur qui nous aide à résoudre certaines problématiques, ... » ; « Le coach nous appelle ou a régulièrement des conversations personnelles pour savoir comment nous allons et où il peut intervenir quand nous avons un problème quelque part ». En ce qui concerne la supervision de groupe, tous les CHW (n = 6) qui ont fait des remarques supplémentaires étaient positifs. Par exemple, un CHW a expliqué sa réponse de la manière suivante : « Réunion hebdomadaire avec l'équipe : permet de déposer et de s'enrichir des situations des autres membres de l'équipe. Pouvoir s'épauler et se conseiller. Aussi durant ces réunions, partage de différentes procédures administratives pour bien accompagner les bénéficiaires ». Comme ce CHW, les autres CHW ont indiqué qu'ils bénéficiaient d'un moment de supervision hebdomadaire en groupe, qu'ils ont tous jugé très utile.

Tableau 3.21: ressenti de la supervision par forme

	Pas du tout	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
	d'accord			
Avez-vous bénéficié d'une	0 %	6,7 %	53,3 %	40,0 %
supervision individuelle				
suffisante ? (n = 30)				
Avez-vous bénéficié d'une	3,3 %	3,3 %	46,7 %	46,7 %
supervision de groupe				
suffisante ? (n = 30)				

Concernant la qualité des deux formes de supervision - individuelle et de groupe - les CHW s'accordent à dire qu'elle va de moyenne à très bonne (cf. tableau 3.22). Ainsi, 76,7 % des CHW ont indiqué qu'ils considéraient la supervision individuelle et 83,3 % la supervision de groupe comme bonnes ou très bonnes.

Tableau 3.22 : qualité de la supervision dont ont bénéficié les CHW

	Très	Mauvaise	Suffisante	Bonne	Très bonne
	mauvaise				
Évaluez la qualité globale	0 %	3,3 %	20,0 %	36,7 %	40 %
de la supervision					
individuelle que vous avez					
reçue (n = 30)					
Évaluez la qualité globale	0 %	0 %	16,7 %	53,3 %	30 %
de la supervision de					
groupe que vous avez					
reçue (n = 30)					

Le tableau 3.23 présente les différents aspects de l'implication des coaches dans le travail des CHW. Les CHW ont notamment indiqué que la quasi-totalité d'entre eux estimaient que le coach appréciait leur travail et qu'il les défendrait auprès des coordinateurs si nécessaire. La quasi-totalité des CHW ont également jugé positivement la compréhension du coach quant aux besoins de la communauté et à la nécessité de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. En ce qui concerne la formation reçue par les coaches, 28,6 % ont indiqué qu'ils n'avaient reçu aucune formation sur le métier de CHW. Près de neuf CHW sur dix sont d'accord pour dire que leur coach les encourage en termes de développement professionnel, en citant les exemples suivants : encourager et/ou accepter régulièrement des suggestions pendant les séances de supervision pour créer des possibilités de formation, assister à des conférences et développer des compétences en leadership. Cependant, les CHW sont encore peu impliqués dans le recrutement de nouveaux coaches.

Tableau 3.23: implication du coach

	Pas du tout	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait
	d'accord			d'accord
Mon coach apprécie mon	0 %	3,4 %	31,1 %	65,5 %
rôle en tant que CHW (n =				
29)				
Mon coach défend le rôle	0 %	3,4 %	27,6 %	69,0 %
des CHW auprès du				
management supérieur				
(coordinateurs) (n = 29)				
Mon coach a suivi une	0 %	28,6 %	39,3 %	32,1 %
formation sur le métier de				
CHW (n = 28)				
Mon coach encourage mon	0 %	11,1 %	48,2 %	40,7 %
développement				
professionnel (n = 27)				
Mon coach comprend les	0 %	3,4 %	37,9 %	58,7 %
forces et les besoins de la				
(des) communauté(s) que				
nous soutenons (n = 29)				
Mon coach comprend que	0 %	6,9 %	41,4 %	51,7 %
pour améliorer la santé, il				
faut s'attaquer aux				
déterminants sociaux de la				
santé (n = 29)				
Dans mon organisation, les	62,1 %	20,7 %	10,3 %	6,9 %
CHW participent aux				
entretiens de sélection				
lorsque des coaches-CHW				
sont recrutés (n = 29)				

IV. Signaux et collaborations

Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre I, la fonction de signal et le suivi de ces signaux structurels ont été élaborés. Dans la première partie de ce chapitre, vous trouverez un aperçu des signaux recueillis de cette manière. Dans la deuxième partie de ce chapitre, les équipes présentent les collaborations actives en 2022 et discutent de plusieurs demandes reçues dans le cadre du projet CHW qui mettent en évidence la nécessité de disposer de CHW sur le terrain.

1. Signaux

La politique des signaux structurels est dans une phase pilote et a été testée à deux reprises en 2022. Dans cette première phase, le groupe de travail a reçu 21 signaux qui ont été discutés. Cependant, toutes les étapes de la politique des signaux structurels, décrites au chapitre I, n'ont pas encore été franchies. La troisième année du projet sera en grande partie consacrée à la finalisation et à l'optimisation de cette procédure profilée, sur la base de l'expérience acquise sur le terrain. À la suite d'un premier exercice, l'équipe a décrit les résultats ci-dessous.

L'équipe a noté que les CHW sont quotidiennement confrontés à des problèmes structurels ou les constatent. Ils ont également déclaré avoir l'impression que ces problèmes structurels d'accessibilité ont un impact, non seulement sur les personnes du groupe cible, mais aussi sur leur travail. Les principaux thèmes qui ont émergé de l'exercice pilote pour toutes les régions étaient les suivants : (1) Accès aux soins médicaux ; (2) Accès aux soins de santé mentale ; (3) Accès aux soins dentaires ; (4) Accès aux interprètes ; et (5) Accès à une aide médicale urgente. Ces cinq catégories de problèmes structurels d'accessibilité sont expliquées, dans les termes de l'équipe, dans l'encadré 4.1.

Encadré 4.1 : Résultats de l'exercice pilote concernant les signaux structurels

Signaux structurels

Accès aux soins médicaux

Problème identifié :

- Pénurie de médecins généralistes et spécialisés, et saturation des maisons médicales.
- Difficulté à prendre rendez-vous ou à trouver un nouveau médecin.
- Certains centres médicaux appliquant un forfait manquent de personnel et le bénéficiaire ne peut pas aller ailleurs. (par ex., [nom de la ville] : les centres médicaux normaux acceptent les personnes qui paient à l'acte et non contre un forfait, tandis que les autres acceptent les personnes qui viennent souvent et qui font trop de demandes)

<u>Conséquences pour la santé de la personne du groupe cible, pour la continuité des soins et le travail</u> des CHW :

- Plus d'abandons dans le trajet de soins
- Accumulation des problèmes
- Interventions tardives : intervention pour des problèmes plus importants car diagnostiqués (trop) tard
- Longue recherche de soins adaptés. Par exemple, un CHW a passé 38 appels pour trouver un médecin généraliste pour un bénéficiaire

- Les CHW passent parfois des semaines à chercher (ou trouvent quelqu'un, mais qui n'exerce pas à proximité du bénéficiaire... et s'inquiètent donc des frais de déplacement, etc.)

Accès aux soins de santé mentale

<u>Problème identifié</u>: demande accrue de soutien psychologique et manque de psychologues en langues nationales et étrangères

Conséquences pour la santé de la personne du groupe cible, pour la continuité des soins et le travail des CHW :

- Besoins psychologiques non satisfaits
- Dans certains cas, le travail psychologique est une base pour aller de l'avant avec la personne. Faute de soutien psychologique, les personnes se sentent coincées dans le trajet de soins.
- Liste d'attente ou suivi à court terme seulement.
- Impossibilité de se débarrasser de son problème fardeau
- Pression mentale supplémentaire pour les CHW ---> non formés à cet effet + pris entre la confiance établie avec le bénéficiaire et leurs limites

Accès aux soins dentaires

<u>Problème identifié</u>: pénurie de dentistes. Certains dentistes n'acceptent plus la personne si elle a annulé un rendez-vous plusieurs fois ou si elle ne s'est pas présentée.

<u>Conséquences pour la santé de la personne du groupe cible, pour la continuité des soins et le travail</u> des CHW :

- Absence de soins dentaires ou de suivi
- Problèmes bucco-dentaires qui s'aggravent et nécessitent plus de soins
- Besoin de continuité dans le suivi du groupe cible

Accès aux interprètes

Problème identifié :

- Pénurie d'interprètes pour les rendez-vous médicaux + certaines langues non représentées.
- Certains hôpitaux ont un service, d'autres pas. Même si un service existe, il faut parfois du temps pour obtenir un rendez-vous. Certains prestataires de soins refusent de recourir aux interprètes, peut-être en raison du temps supplémentaire impliqué
- Le coût de ce service peut également constituer un obstacle

Conséquences pour la santé de la personne du groupe cible, pour la continuité des soins et le travail des CHW :

- Manque d'accès aux soins de santé
- Le diagnostic et les conseils du médecin ne sont pas bien compris ni suivis
- Recherche difficile d'interprètes
- Le CHW est invité à servir d'interprète ce n'est pas son rôle

Accès à une aide médicale urgente

Problème identifié : difficulté à obtenir une aide médicale urgente

- Certains CPAS ajoutent des conditions d'attribution qui ne figurent pas dans la procédure de base, ce qui rend plus difficile l'obtention d'informations.
- Tous les médecins généralistes ne sont pas disposés à rencontrer les patients (tracasserie administrative)

Conséquences pour la santé de la personne du groupe cible, pour la continuité des soins et le travail des CHW :

- Soins de base insuffisants
- Recours (excessif) aux services d'urgence
- Procédure longue et complexe

Lors des étapes suivantes, l'équipe a indiqué qu'elle continuerait à mettre en évidence les problèmes structurels et à explorer les possibilités d'utiliser des données quantitatives (par ex., les données de l'Agence Intermutualiste) pour approfondir certains défis. L'analyse a été conclue par l'équipe comme suit : « le travail des CHW avec les personnes du groupe cible et la collaboration quotidienne avec les organisations de terrain permettent d'identifier des problèmes structurels et d'y remédier grâce à leurs actions sur le terrain ». L'équipe cite l'exemple suivant : « pour les interprètes : le CAW (service social de première ligne) s'attache à résoudre ce problème avec l'Agence de l'intégration et l'intégration civique ».

En outre, l'équipe de Bruxelles a indiqué que, lors de sa réunion hebdomadaire, elle a eu l'occasion de discuter des signaux liés aux obstacles structurels. Ils ont relevé les points suivants : « La première ligne ne reçoit pas de formations/supports destinés à faciliter la prise en charge des publics multiculturels (exemple d'outils comme imagiers médicaux pour faciliter la compréhension)

- Les services offerts par les cpas et les mutuelles peuvent être similaires et il y a des difficultés à définir qui est l'organisme responsable pour y avoir accès ce qui amène à ce que les bénéficiaires sont renvoyés d'un organisme à l'autre.
- Les organismes de santé tels que les mutuelles sont de plus en plus digitales ce qui laissent de côté les publics vulnérables et en fracture numérique (analphabètes, seniors, malvoyants...)
- · Certains organismes étatiques n'assument pas leur responsabilité envers les bénéficiaires malgré le fait qu'ils soient les SEULS responsables ce qui entraîne la non prise en charge médicale (exemple : FEDASIL et l'accueil aux demandeurs d'asile) ». Une équipe flamande a également dressé une liste des barrières dans ce rapport (cf. chapitre II, pages 30-31)

2. Collaborations dans le cadre du projet CHW

En plus des collaborations existantes au cours de la deuxième année du projet CHW, à la fin de ce chapitre, nous donnons également un bref aperçu de plusieurs demandes de coopération supplémentaire évoquées en 2022.

Projet CHW : rapport année 2022

2.1. Collaborations en 2022

Ce chapitre se concentre sur les collaborations du projet CHW aux niveaux fédéral, régional et local. Les collaborations en région sont décrites dans les propres termes des équipes.

2.1.1. Concertation et coopération au niveau fédéral

Différents moments de concertation ont eu lieu au niveau fédéral pour expliquer le projet CHW et examiner les domaines où des synergies et coopérations sont possibles. En février, un premier groupe de travail intercabinet (GTI) de 2022 a expliqué l'état de la situation et les résultats de l'enquête. En septembre, un deuxième GTI a exposé les premiers résultats quantitatifs de l'outil d'enregistrement ainsi que les premiers résultats de l'atelier *CHW-AIM*. En outre, une vision d'avenir du projet CHW a été expliquée. Début 2022, un comité d'accompagnement du projet CHW a également été organisé avec une présentation des résultats de l'étude et un premier regard sur 2022. Par ailleurs, la coordinatrice fédérale a également participé au comité d'accompagnement des projets Livre blanc pour évaluer la situation de 2022 ainsi que les perspectives pour 2023. D'autres consultations ont eu lieu pour voir comment des ressources supplémentaires pourraient être utilisées dans les projets Livre blanc pour les personnes souffrant de dépendance. Le dialogue s'est poursuivi avec les organismes suivants afin d'échanger les expériences et d'apprendre à se connaître en vue d'éventuelles coopérations futures : Fedasil ; Be-Hive ; et Projet Résistiré.

Projet CHW: rapport année 2022

2.1.2. Wallonie et communauté germanophone

En plus des coopérations propres à chaque ville, l'équipe wallonne a également développé une collaboration étroite avec le *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP)*. Cette collaboration a été formalisée par une convention. Celle-ci inclut notamment les intervisions, la communication stratégique, le conseil et l'assistance concernant la vision stratégique et la formation. En matière de formation, le RWLP s'appuie, entre autres, sur les principes de « l'éducation populaire » – qui ressort également dans la littérature comme une base précieuse pour développer la formation des CHW (Wiggins, Johnson et al. 2009). L'équipe wallonne a également entamé une collaboration avec le projet Experts du vécu du SPP Intégration Sociale.

Nom de l'organisation	Collaboration	Rôle du CHW	Rôle de l'organisation partenaire
Réseau Wallon de Lutte contre la	Accompagnement pendant une journée de	Faire part de leurs expériences et répondre	ASBL, composée de 25 associations, dont la
Pauvreté	tous les CHW, une fois par mois. Objectif :	aux questions sur leur pratique	mission consiste à activer une démarche
	discuter et traiter plusieurs thèmes liés à leur		participative d'accès et d'exercice des droits
	travail, par le biais de conférences, vidéos ou		des personnes en situation de précarité en
	débats. Soutien à leurs activités et à leur		Région wallonne, en vue de la justice sociale
	bien-être mental. De plus, intervision lors		indispensable à une société démocratique.
	d'une journée de coordination avec les		
	coaches et les coordinateurs une fois par		
	mois.		
Les Experts du vécu	Participation à des intervisions communes	Les CHW apportent un contenu grâce à leur	Les experts du vécu ont une expérience de la
	soutenues par le RWLP	expérience professionnelle, à leur contact	pauvreté et de l'exclusion sociale, et utilisent
		avec les personnes du groupe cible et à leur	cette expérience pour améliorer
		proximité avec les barrières structurelles	l'accessibilité des services. Ils contribuent à
		dans le système de santé.	un meilleur accès aux droits sociaux
			fondamentaux des citoyens en
			(re)présentant le point de vue des personnes
			en situation de pauvreté lors des
			interventions des CHW.

2.1.2.1. Verviers et Eupen/La Calamine

	Acteurs de première ligne				
Nom de l'organisation	Collaboration	Rôle du CHW	Rôle de l'organisation		
Centre Médical Thier Mère Dieu	Orientation du personnel soignant vers les	Assistance lors des demandes liées aux			
	CHW	services de santé	Centre médical		
MM Le Braséro	Assistants sociaux	Assistance lors des demandes liées aux	Centre médical		
		services de santé			
Maison Croix-Rouge Verviers	Mise à disposition de locaux pour les CHW	Visites + réunions privées	Service d'accueil, bar à soupe, magasin de		
			seconde main, service social		
Le Dispositif d'urgence sociale	Demandes fréquentes de régularisation des	Soutien aux applications	Antenne CPAS pour l'aide sociale d'urgence/la		
(DUSS)	démarches administratives en matière de		prise en charge de nuit et l'assistance des		
	santé		sans-abri		
ASBL La Belle Diversité	Collaboration lors d'événements de	Prise en charge des situations des	Soutien au Comité des migrants sans-papiers		
	sensibilisation/transmission de problèmes	bénéficiaires/tenue d'un stand à la fête de			
	sanitaires	quartier			
Régie de Quartier de Dison	Le travailleur social contacte les CHW à	Situations de soins, rencontres sur place et à	Formation, réinsertion socioprofessionnelle,		
	intervalles réguliers et oriente les personnes	domicile	service social, bar à soupe et événements		
	que nous soutenons.				
Service de santé mentale de	Orientation des CHW vers les personnes que	Traitement des situations	Suivi psychiatrique, psychologue,		
Verviers	nous soutenons et d'autres associations, et		kinésithérapeute, infirmiers, etc.		
	coopération régulière dans différentes				
	situations.				
Relais Social Urbain de Verviers	Recours à des professions médicales et	Traitement des situations	Réseaux d'associations publiques et privées		
	paramédicales pour gérer les situations		pour une transition de l'urgence à l'insertion		

Centre Culturel Éducatif Verviétois	Séances d'information sur la sécurité sociale	Présentation du projet, thèmes de santé en	École des devoirs, cours de français langue
(CCEV)	et les droits des patients + référence aux situations à suivre	petits groupes et situations de suivi	étrangère, service social
Amonsoli	Contact régulier pour les problèmes de santé	Suivis individuels	idem
	Acteurs dans le	domaine de l'aide sociale	
Nom de l'organisation	Collaboration	Rôle du CHW	Rôle de l'organisation
PSE 2 Verviers	Contact pour un suivi auprès des familles	idem	Suivi scolaire
Planning Familial Soralia	Consultations de santé une fois par mois, ou ils réfèrent des situations aux CHW qui peuvent également recevoir d'autres personnes que nous assistons lors des consultations.	Tenue de réunions et suivi des procédures sanitaires.	Le Planning Familial est un mouvement militant qui prend en compte toutes les orientations et défend le droit à la contraception, à l'avortement et à l'éducation sexuelle.
PMS 2 Verviers	Contact pour le suivi des familles	Suivi auprès des familles en matière de services de santé.	Ils permettent, entre autres, d'encadrer et d'orienter les jeunes durant leur parcours scolaire, d'identifier les difficultés, et d'informer et de soutenir les parents et les enseignants.
CPAS (Centre public d'action sociale) Verviers	Mise en relation des personnes que nous assistons avec les CHW en cas de besoin sanitaire, accompagnement dans les structures de soins	Suivi du bénéficiaire en matière de services de santé.	La mission du CPAS consiste à apporter aux individus et aux familles l'aide dont la communauté a besoin. Il offre non seulement une aide palliative ou curative, mais aussi une aide préventive. Cette aide peut être d'ordre matériel, social, médical, médico-social ou psychologique.
ONE Stembert	Suivi des entretiens avec les familles	idem	[Aucune information complémentaire reçue]
Kaleido	Transmettre régulièrement les coordonnées des CHW aux personnes que nous assistons et à d'autres associations, et collaborer régulièrement dans différentes situations.	Assistance lors des demandes liées aux services de santé	Equivalent ONE Service de garderie dans la région germanophone

Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben	Adresses des personnes que nous assistons. Réunions pluridisciplinaires. Échanges de suivi	Assistance lors des demandes liées aux services de santé	[Agence wallonne pour une vie de qualité Équivalent de l'AVIQ et plus
Hôpital St. Joseph St. Vith	Traitement des situations pour le suivi lié à la santé	Assistance lors des demandes liées aux services de santé	Service social, département psychologie, de l'hôpital de St. Vith
Psychiatrischer Begleitdienst	Traitement des situations pour le suivi lié à la santé	Assistance lors des demandes liées aux services de santé	Service d'urgence psychiatrique> Aide à domicile pour les personnes prises e charge par un psychologue/psychiatre.
Josephine Koch Stichting	Présence permanente dans leurs locaux. Mise à disposition de locaux dans le centreville. Orientations réciproques des personnes que nous assistons.	Assistance lors des demandes liées aux services de santé + permanence au centre de réunion + rendezvous privé + présentation du projet à des groupes de personnes	Taxi social/centre de réunion
Croix-Rouge Eupen	Présence permanente dans leurs locaux. Orientations réciproques des personnes que nous assistons.	Banque alimentaire (actuellement fermée) + suivi des personnes que nous assistons	Banque alimentaire, transport en ambulance magasin de seconde main, etc.
Haus der Justiz (Maison de la justice)	Traitement des situations pour le suivi lié à la santé	Assistance lors des demandes liées aux services de santé	Assistance juridique
Service Social St. Nikolaus-Hospital Eupen	Traitement des situations pour le suivi lié à la santé	Assistance lors des demandes liées aux services de santé	Service social

Haus der Begegnung (Maison de	Se voit confier des situations à suivre	Assistance lors des demandes liées aux	Salle de réunion, table de déjeuner, groupe de
rencontres)	concernant la santé.	services de santé	discussion
	Présentation du projet dans des groupes de		
	discussion		
Volontaires Conseil de	Échange au niveau du réseau	Participation à des réunions/groupes de	Mise en œuvre de projets locaux
participation de la Mutualité		travail	
chrétienne			

2.1.2.1. Liège

	Acteurs de première ligne				
Nom de l'organisation	Collaboration	Rôle du CHW	Rôle de l'organisation		
Maison Médicale BVS	Échange avec le coordinateur concernant les personnes que nous aidons et qui bénéficient de ses services, et orientation des personnes que nous aidons et qui ont besoin des services des CHW.	Orientation vers les soins de santé et orientation vers l'organisation	Une équipe pluridisciplinaire de prestataires de soins dispense des soins primaires remboursés par l'assurance maladie obligatoire.		
L'ONE Saint-Nicolas	Contacte le CHW si nécessaire et le CHW les appelle également.	Orientation vers les soins de santé et orientation vers l'organisation	Office de la naissance et de l'enfance		
Accueil Botanique	Permanence	Présence permanente dans leur bureau	Services sociaux, aide alimentaire, insertion		
Centre PMS de Liège rue Beeckam	Contacte le CHW si nécessaire et le CHW les appelle également.	Orientation vers les soins de santé et orientation vers l'organisation	Les centres PMS (centres psycho-médico- sociaux) ont pour objectif de favoriser l'épanouissement de l'élève dans sa vie scolaire, personnelle et sociale.		
École Soralia Liège	Contact avec le CHW pour les personnes que nous aidons et contact avec l'école pour les étudiants	Assistance des étudiants en matière de santé et orientation vers l'école pour les personnes que nous aidons	Enseignement de promotion sociale		

Maison médicale de la passerelle	Contact pour les personnes que nous aidons,	Orientation vers les soins de santé et	Une équipe pluridisciplinaire de prestataires
	questions au travailleur social et contact	orientation vers l'organisation	de soins dispense des soins primaires
	depuis le domicile pour les personnes que		remboursés par l'assurance maladie
	nous aidons		obligatoire.
Maison Médicale Herman	Contact pour les personnes que nous aidons,	Orientation vers les soins de santé et	Une équipe pluridisciplinaire de prestataires
	questions au travailleur social et contact	orientation vers l'organisation	de soins dispense des soins primaires
	depuis le domicile pour les personnes que		remboursés par l'assurance maladie
	nous aidons		obligatoire.
Planning Familial Louise Michel	Contacte le CHW si nécessaire et le CHW les	Orientation vers les soins de santé et	Un lieu pour discuter de toutes les questions
	appelle également.	orientation vers l'organisation	concernant la vie affective, relationnelle et
			sexuelle.
L'ONE Saint-Leonard	Contacte le CHW si nécessaire et le CHW les	Orientation vers les soins de santé et	Office de la naissance et de l'enfance
	appelle également.	orientation vers l'organisation	
Saint-Egidio	Visites à domicile toutes les deux semaines	Présence permanente dans leurs locaux	Sant'Egidio réalise des projets qui visent à
			renforcer les liens sociaux entre jeunes et
			moins jeunes, belges et étrangers.
Smi-le	Participation à la formation des CHW aux	Orientation vers les soins de santé et	Équipe médicale mobile qui fournit une
	rondes dans la rue + contact pour certaines	orientation vers l'organisation	assistance médicale aux personnes vivant
	situations		dans la rue à Liège
DASI (Dispositif d'Accompagnement	Ils communiquent les coordonnées du CHW à	Gestion des demandes en matière de santé	Équipes mobiles qui écoutent,
social Inondations)	leur bénéficiaire dans le besoin.		accompagnent et guident les personnes dans
			les zones sinistrées
Dr Nassera Ben Hamou	Appels fréquents pour les patients	Orientation vers les soins de santé et	Médecin présent
		orientation vers l'organisation	
Espoir et vie	Contacte le CHW si nécessaire et le CHW les	Orientation vers les soins de santé et	Service social pour les nouveaux arrivants
	appelle également.	orientation vers l'organisation	
Asbl Vivre Solidaire	Organisation du service dans leurs locaux	Présence permanente dans leurs locaux	Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
			des familles en difficulté dans les quartiers de
			Seraing

Armée du Salut	Organisation du service dans leurs locaux	Présence permanente dans leurs locaux	Lutte contre toutes les formes d'exclusion et promotion de l'insertion de tous dans la société
Form'anim	Échange de situations et réunions dans leurs locaux	Orientation vers les soins de santé et orientation vers l'organisation	Lutte contre l'exclusion avec un accent particulier sur les migrants sans-papiers, les demandeurs d'asile, etc.
Asbl Les sarments	Contacte le CHW si nécessaire et le CHW les appelle également.	Orientation vers les soins de santé et orientation vers l'organisation	Assiste les enfants ayant des difficultés d'apprentissage à l'école et pour l'apprentissage de la langue française
Centre Alpha	Contacte le CHW si nécessaire et le CHW les appelle également.	Orientation vers les soins de santé et orientation vers l'organisation	Service de santé mentale spécialisé dans le traitement de la dépendance, sa prévention et la réduction de ses effets nocifs
Télé-service Armercoeur	Contacte le CHW si nécessaire et le CHW les appelle également.	Orientation vers les soins de santé et orientation vers l'organisation	Aide en faveur des personnes à mobilité réduite, personnes âgées, malades, démunis et enfants (service de transport, école des devoirs, etc.).
Cap migrant	Collaboration avec Cap migrant qui prend en charge l'aspect administratif des cas	Collaboration par l'accompagnement en matière de santé	Soutien à la formation et à l'insertion des migrants
Point d'appui	Contact avec le travailleur social. Échange sur la situation	Orientation vers les soins de santé et orientation vers l'organisation	Service pour les sans-papiers
Asbl Le Monde des Possibles	Avocat qui oriente les personnes que nous aidons vers un suivi médical	Orientation vers les soins de santé et orientation vers l'organisation	Propose des formations en informatique et en français langue étrangère (FLE)
Asbl Bavardons	Action colis alimentaires et orientation des situations	Orientation vers les soins de santé et orientation vers l'organisation	Soutien des échanges culturels et artistiques, participation à l'insertion sociale et professionnelle, et promotion de la vie en communauté
Maison Intergénérationnelle d'Outremeuse	Participation des CHW à certaines activités + réunion autour d'un café une fois par mois (seniors principalement)	Présence des CHW pour répondre aux questions de santé des participants	Propose des activités sociales à la population d'Outremeuse (chorale, gymnastique, rencontres, etc.)

Asbl Cisolré	Distribue des colis alimentaires et oriente	Orientation vers les soins de santé et	Apporte aide et soutien au public migrant et
	vers les services médicaux + table ronde de	recommandation des personnes que nous	transmigrant, qu'il soit primo-arrivant ou de
	présentation du projet	aidons vers l'organisation + représentation	passage en province de Liège
		du projet lors de tables rondes	
La régie des quartiers de Liège	Ils indiquent aux CHW les personnes qui n'ont	Permanence dans leurs locaux + aide aux	Revitalisation des quartiers liégeois et
	pas de mutualité, de médecin traitant, etc. +	personnes que nous soutenons en matière de	insertion socioprofessionnelle.
	permanence au cybercafé	problèmes de santé	
F41	Contacte le CHW si nécessaire et le CHW les	Orientation vers les soins de santé et	Cours de français
	appelle également.	orientation vers l'organisation	
Le relais santé du CPAS de Liège	Contacte le CHW si nécessaire et le CHW les	Orientation vers les soins de santé et	Accès aux soins pour tous
	appelle également.	orientation vers l'organisation	
	Acteurs dans le	domaine de l'aide sociale	
Nom de l'organisation	Collaboration	Rôle du CHW	Rôle de l'organisation
Maison de l'étang	Accueillir et inviter les gens du quartier en	Participation aux « journées parc » et	Prise en main du parc par les habitants du
	qualité de CHW	traitement des demandes liées à la santé	quartier.
Latitude jeune	Coopération dans le cadre des situations	Réorientation des personnes que nous	Organisation de jeunesse
	prises en charge par les CHW (devoirs	soutenons vers l'organisation	
	scolaires, activité vacances scolaires)		
Caritas	Contacte le CHW si nécessaire et le CHW les	Orientation vers les soins de santé et	Conseils sociojuridiques, formations,
	appelle également.	orientation vers l'organisation	activités interculturelles, accueil et
			accompagnement vers l'autonomie
Asbl Ariane – Groupement	Participation aux réunions	Identifie les besoins constatés lors des	Le GTSMS s'engage à analyser les besoins et
Territorial pour la Santé Mentale à		contacts avec les personnes que nous	les manquements constatés sur notre
Seraing (GTSMS)		soutenons	territoire en matière d'assistance dans le
			cadre de vie.

2.1.2.2. Charleroi

	Acteurs de première ligne et acteurs dans le domaine de l'aide sociale			
Nom de l'organisation	Collaboration	Rôle du CHW	Rôle de l'organisation	
Régies de quartiers (Marcinelle,	Participation aux événements et réunions de	Aider, accompagner, informer, orienter,	Réhabilitation et formation en jardinage et	
Lodelinsart, Charleroi, Matadi,	quartier	présenter nos missions, rencontrer les	aménagement des espaces verts	
Jumet, la Docherie).		personnes que nous aidons, créer un lien		
		avec le public		
Vie Féminine	Animation et présentation du projet dans les	Créer des liens, rencontrer des gens et les	Mouvement des femmes pour la formation	
	groupes	orienter vers différents services	continue	
Asbl Triangle	Demande de suivi par e-mail et téléphone	Recherche de médecins référents et	Logement pour les familles	
		réorganisation des mutualités		
Caritas	Accompagnement et suivi	Aider, accompagner, informer, orienter,	Logement pour demandeurs d'asile	
		présenter nos missions, rencontrer les		
		personnes que nous aidons, créer un lien		
		avec le public		
Espace jeune Docherie	Animation, présentation de projet	Créer des liens, orienter directement vers	Accueil des jeunes du quartier	
		différents services		
Régie de quartier Docherie	Permanences, animations, aide	Aider, accompagner, informer, orienter,	Réhabilitation et formation en jardinage et	
		présenter nos missions, rencontrer les	aménagement des espaces verts	
		personnes que nous aidons, créer un lien		
		avec le public		
Espace santé	Accompagnement et suivi	Aider, accompagner, informer, orienter,	Soins de santé primaires	
		présenter nos missions, rencontrer les		
		personnes que nous aidons, créer un lien		
		avec le public		
C-MEDIC	Accompagnement et suivi	Aider, accompagner, informer, orienter,	Soins de santé primaires	
		présenter nos missions, rencontrer les		
		personnes que nous aidons, créer un lien		
		avec le public		
Collectif Bilan Orientation CPAS	Suivi	Aider, accompagner, informer, orienter	Activité d'insertion sociale	
Charleroi				

La pioche	Suivi et assistance	Aider, accompagner, informer, orienter	Suivi et soutien psychologique
Espace citoyen	Permanence, activités, événements	Aider, accompagner, informer, orienter,	Faciliter les procédures quotidiennes et
		présenter nos missions, rencontrer les	civiles
		personnes que nous aidons, créer un lien	
		avec le public	
AID Soleilmont	Suivi, présentation	Aider, accompagner, informer, orienter,	Formation parc et jardin
		présenter nos missions, rencontrer les	
		personnes que nous aidons, créer un lien	
		avec le public	
Espace citoyen Docherie	Suivi	Aider, accompagner, informer, orienter,	Faciliter les procédures quotidiennes et
		présenter nos missions, rencontrer les	civiles
		personnes que nous aidons, créer un lien	
		avec le public	
Croix-Rouge	Permanence	Aider, accompagner, informer, orienter,	Distribution de colis alimentaires
		présenter nos missions, rencontrer les	
		personnes que nous assistons et nouer des	
		contacts avec les personnes	
Maison médicale Ransart	Suivi et assistance	Aider, accompagner, informer, orienter,	Soins de santé primaires
		présenter nos missions, rencontrer les	
		personnes que nous assistons et nouer des	
		contacts avec les personnes	
Espace libre Charleroi	Suivi et assistance	Aider, accompagner, informer, orienter,	Service d'aide aux détenus, à leurs familles
		présenter nos missions, rencontrer les	et aux victimes de détenus
		personnes que nous assistons et nouer des	
		contacts avec les personnes	
Service de santé mentale de	Suivi et assistance	Aider, accompagner, orienter, nouer des	Soins de santé primaires
Montignies sur Sambre		contacts avec les personnes	
Lire et écrire	Suivi	Aider, accompagner, orienter, nouer des	Droit à l'alphabétisation pour tous
		contacts avec les personnes	

Cabinet Dr Zayane	Suivi et assistance	Accompagner, aider, orienter, informer,	Soins de santé primaires
		établir des contacts avec les personnes	
Le 26 Charleroi	Animation et présentation de projet	Nouer des contacts avec les personnes	Refuge pour femmes et enfants victimes de
			violence domestique
FEDASIL	Travail sur le terrain, suivis	Aider, accompagner, informer, nouer des	Centre d'hébergement pour migrants
		contacts avec les personnes	
Expert de vécu de la CAAMI	Sensibilisation et suivi	Aider, accompagner, informer, nouer des	Assurance maladie obligatoire
		contacts avec les individus	
CPAS de GILLY	Sensibilisation et suivi	Accompagner, aider, orienter, informer,	Assistance sociale
		établir des contacts avec les personnes	
Asbl D'COLE	Sensibilisation et suivi	Accompagner, aider, orienter, informer,	Service de proximité
		établir des contacts avec les personnes	
AVIQ	Sensibilisation et suivi	Accompagner, aider, orienter, informer,	Fondation publique et agence
		établir des contacts avec les personnes	gouvernementale pour les personnes
			handicapées
Dr Ihirou	Accompagnement et suivi	Accompagner, aider, orienter, informer,	Soins de santé primaires
		établir des contacts avec les personnes	
Maison Pluriel	Accompagnement, suivi, sensibilisation	Accompagner, aider, orienter, informer,	Sensibilisation et prévention de la violence
		établir des contacts avec les personnes	domestique
Saint Vincent de Paul	Suivi, durabilité, sensibilisation	Accompagner, aider, orienter, informer,	Distribution de colis alimentaires
		établir des contacts avec les personnes	
Asbl Le figuier	Accompagnement, suivi, sensibilisation	Accompagner, aider, orienter, informer,	Centre d'accueil mixte
		établir des contacts avec les personnes	
Maison de justice de Charleroi	Accompagnement et suivi	Accompagner, aider, orienter, informer	Prise de décision judiciaire en soutenant le
			justiciable. Réintégration et médiation
Service droit des jeunes	Sensibilisation et suivi	Accompagner, aider, orienter, informer,	Service d'aide à la jeunesse et à la famille
		établir des contacts avec les personnes	
Migr'en santé	Sensibilisation, suivi, assistance	Accompagner, aider, orienter, informer,	Promotion de la santé pour les familles
		établir des contacts avec les personnes	

SIDA IST Charleroi - Mons	Sensibilisation, suivi, assistance	Accompagner, aider, orienter, informer,	Protection, dépistage, traitement du VIH
		établir des contacts avec les personnes	
Centre de contact Turenne	Permanence, sensibilisation, suivi,	Accompagner, aider, orienter, informer,	Assistance administrative
	assistance	établir des contacts avec les personnes	
Plateforme femmes migrantes pour	Permanence, sensibilisation, suivi,	Nouer des contacts entre professionnels et	Plateforme en cours d'élaboration
la diversité	assistance	individus	
Maison médicale la Glaise	Accompagnement et suivi	Accompagnement	Soins de santé primaires
ADIS (carte santé + rif) CPAS de	Accompagnement, suivi, sensibilisation	Accompagner, aider, orienter, informer,	Soins médicaux d'urgence et revenus pour
Charleroi		établir des contacts avec les personnes	l'insertion sociale
Grand Hôpital de Charleroi	Accompagnement, suivi, sensibilisation,	Accompagner, aider, orienter, informer,	Soins de santé
	permanence	établir des contacts avec les personnes	
Isppc Charleroi	Accompagnement, suivi, sensibilisation	Accompagner, aider, orienter, informer,	Soins de santé
		établir des contacts avec les personnes	
La Funoc	Accompagnement, suivi, sensibilisation,	Aider, accompagner, informer, nouer des	Formation socioprofessionnelle
	permanence	contacts avec les personnes	
Asbl Saint Vincent de Paul Couillet	Participation à la distribution de denrées	Aider, accompagner, orienter	Colis alimentaires
	alimentaires		
PCS Châtelet - Plan de Cohésion	Contact téléphonique ; courrier	Aider, accompagner, orienter	Service communautaire qui organise des
Sociale	électronique ; suivi et assistance		projets pour les habitants de Châtelet
Espace Temps Maison de santé	Contact téléphonique + e-mail pour le suivi	Aider, accompagner, orienter	Soins de santé primaires
Gilly			
Partena : département d'aide à la	Contact téléphonique + e-mail pour le suivi	Demande d'informations de suivi -	Conseiller en santé - Unité d'assistance
personne		sensibilisation	proactive
Santé en Exil	Contact téléphonique ; courrier	Aide, soutien, accompagnement	Soutien psychologique aux résidents illégaux
	électronique ; suivi et assistance		en situation de précarité
FOREM AS	Contact téléphonique ; courrier	Aide, soutien, accompagnement	Équipe d'assistance - service social
	électronique ; suivi et assistance		
Un pass dans l'impasse	Contact téléphonique ; courrier	Orientation des personnes	Système de soutien psychologique
	électronique ; suivi et assistance		

Le Regain	Contact téléphonique ; courrier	Aide, soutien, accompagnement	Habitation protégée + soins psychiatriques
	électronique ; suivi et assistance		pour adultes à domicile
Hainaut Est Équipe Mobile 2a + 2b	Contact téléphonique ; courrier électronique ; suivi et assistance	Aide, soutien, accompagnement	Assistance pluridisciplinaire intensive dans le milieu de vie de l'usager, pour toute personne âgée de plus de 16 ans souffrant de problèmes psychologiques à la suite d'une situation de crise
Maison Médicale Les Genets de Couillet	Contact téléphonique + e-mail pour le suivi	Aider, accompagner, orienter	Soins de santé primaires
Maison Médicale Charleroi Nord	Contact téléphonique + e-mail pour le suivi	Aider, accompagner, orienter	Soins de santé primaires
API Accueil et promotion au service des immigrés	Contact téléphonique ; courrier électronique ; suivi et assistance	Aider, accompagner, orienter	CISP (Centre d'Insertion Socioprofessionnelle), permanence sociale, parcours d'insertion
Cheminon	Contact téléphonique ; courrier électronique ; suivi et assistance	Aide, soutien, accompagnement	Soutien aux familles, parents ou futurs parents, isolés ou vulnérables
Le resto du cœur	Contact téléphonique ; courrier électronique ; suivi et assistance	Aider, accompagner, encadrer	Aide alimentaire, aide vestimentaire, repas chaud sur place
Le relais santé	Contact téléphonique, par courrier, suivi et assistance	Aider, accompagner, encadrer	Soins primaires pour les sans-abri
Asbl comme chez nous « Le Rebond »	Contact téléphonique, par courrier, suivi et assistance	Aider, accompagner, encadrer, informer	Aide aux citoyens en situation de précarité (sans-abri)
Espace Citoyen de Dampremy	Durabilité + activité	Aider, accompagner, encadrer, informer	Faciliter les procédures civiles et quotidiennes
Maison médicale de Dampremy	Contact téléphonique + e-mail pour le suivi	Aider, accompagner, encadrer, informer	Soins de santé primaires
Maison Médicale La planche	Contact téléphonique + e-mail pour le suivi	Aider, accompagner, encadrer, informer	Soins de santé primaires

SPF Handicap	Contact téléphonique + e-mail pour le suivi	Aider, accompagner, encadrer, informer	Demande auprès du SPF, revenu d'invalidité, etc.
Le Chaf	Contact téléphonique + e-mail pour le suivi	Aider, accompagner, encadrer, informer	Centres d'hébergement et d'accueil de jour
CEME Dampremy	Vaccination contre le Covid (Covid Safe Ticket) + permanence	Aider, accompagner, encadrer, informer	Vaccination contre le Covid
École Soleil Levant	Contact téléphonique + e-mail pour le suivi	Aider, accompagner, encadrer, informer	École spécialisée
CSD (Mobilité en Hainaut)	Contact réservation transport + matériel médical	Aider, accompagner, encadrer, informer	Service de transport
Dr Jamoulle	Contact téléphonique + e-mail pour le suivi	Aider, accompagner, encadrer, informer	Soins de santé primaires
Dr Benzerroug	Contact téléphonique + e-mail pour le suivi	Aider, accompagner, encadrer, informer	Soins de santé primaires
Atelier Cambier	Contact téléphonique + e-mail pour le suivi	Aider, accompagner, encadrer, informer	Atelier protégé

2.1.3. Bruxelles

Pendant les mois d'été, l'équipe CHW bruxelloise a présenté ses activités à Brusano (07.07.2022) et au centre d'expertise Kenniscentrum WWZ, ainsi qu'à son projet de soins aux personnes handicapées respectant les sensibilités culturelles (25.08.2022). En septembre, l'équipe bruxelloise a tenu une réunion avec le cabinet du ministre Maron (02.09.2022). En novembre, l'équipe bruxelloise a rencontré le Zorgraad Bruzel (08.11.2022) et des cellules « contrat local social-santé » (08.11.2022). Par ailleurs, l'équipe a également organisé une discussion avec le Kenniscentrum concernant le « Projet Accolage » du réseau Burenhulp (29.11.2022). Enfin, plusieurs moments de concertation ont eu lieu entre les CHW, les « Relais d'Action de Quartier » (RAQ), les « agents de terrain » et les « agents de prévention » (24.6.2022 et 09.09.2022).

Acteurs de première ligne			
Nom de l'organisation	Collaboration	Rôle du CHW	Rôle de l'organisation

AMO NOH (1120 Bxl)	Activités de santé auprès des jeunes et suivi	Préparation d'activités liées à la santé pour	Activités avec les jeunes du quartier, aide aux
	des problèmes médicaux par les personnes	les jeunes, suivi des personnes que nous	familles, aspects juridiques, recherche
	que nous soutenons.	soutenons (entraide, sécurité sociale,	d'écoles, etc. Assistance des parents qui ont
		assurance invalidité, connexion en ligne avec	des problèmes avec leurs enfants.
		diverses institutions, aide pour les	
		formulaires en ligne, rédaction d'e-mails,	
		prise de rendez-vous).	
Coin des cerises (1120 Bxl)	Accompagnement des personnes que nous	Rendez-vous médicaux et psychologiques,	Accompagnement psychologique
	assistons.	assistance dans les centres de jour, aide	pluridisciplinaire : assistance du
		sociale.	psychologue, du psychiatre, de la maison de
			jeunes, du travailleur social
Fedasil centre MENA NOH (1120	Activité 2x/mois au centre avec une	Activité santé avec les jeunes du centre :	Centre d'accueil de première ligne pour
BxI)	quinzaine de jeunes et traduction également	sensibilisation à la santé (gale, MST,	nouveaux arrivants (mineurs non
	pendant les activités.	alimentation, consentement, tabac, etc.)	accompagnés), prise en charge pendant
			plusieurs mois avant leur transfert vers
			d'autres centres. Équipe d'éducateurs,
			psychologues, infirmiers, médecins, etc.
CPAS NOH (1120 BXL)	Suivi des personnes que nous soutenons (en	Suivi, demandes d'assistance mutuelle,	CPAS de la ville de Bruxelles.
	matière de santé)	rédaction d'e-mails, connexion en ligne (aide	Assistance sociale générale.
		pour les formulaires, rendez-vous médicaux,	
		accompagnement et traduction)	
Forum ldc (1000 Bxl)	Permanence 1x par semaine	Suivi, demandes d'assistance mutuelle,	Centre de services pour seniors dans le
		rédaction d'e-mails, connexion en ligne,	quartier d'Anneessens.
		rendez-vous médicaux, accompagnement et	Lieu de rencontre pour seniors, repas,
		traduction	activités, assistance sociale
Het Anker Idc (1000 BxI)	Permanence 1x tous les 15 jours	Suivi des demandes d'assurance mutuelle,	Centre de services pour seniors dans le
		rédaction d'e-mails, connexion en ligne,	quartier Dansaert.
		rendez-vous médicaux et accompagnement,	Lieu de rencontre pour seniors, repas,
		traduction	activités, assistance sociale

Maison médicale des Riches Claires	1x par semaine sur demande	Information santé auprès des patients,	Centre médical pluridisciplinaire : médecins,
(1000 Bxl)		traduction, connexion en ligne, aide pour les	psychologues, physiothérapeutes,
		visuels de communication de la maison	travailleurs sociaux, travailleurs de la santé,
		médicale. Participation à des débats	communauté (activités), infirmiers.
		cinématographiques et activités	
		communautaires	
DoucheFlux/Strada	Rondes dans la rue 1x par semaine, différents	Entretien avec les sans-abri, distribution de	Douches, salles d'eau et vestiaires sur place
(1070 Bxl)	parcours pour rencontrer les sans-abri	café et thé, orientation vers des travailleurs	pour les sans-abris et sensibilisation.
		de la santé, psychologue, aide au logement	Travailleurs sociaux, psychologues,
		d'urgence, avocat, aide vestimentaire,	infirmiers, services juridiques, etc.
		douche et suivi individuel si l'accès aux soins	
		est demandé.	
Maison médicale Laeken	[Aucune information complémentaire reçue]	Nous leur référons des clients, et nous	Centre médical
		recevons également des clients qui ont	
		besoin d'une assistance supplémentaire.	
		Nous allons, par exemple, ensemble aux	
		rendez-vous à l'hôpital, nous prenons des	
		rendez-vous chez le médecin généraliste ou	
		nous apportons un soutien administratif	
	Acteurs dans le	domaine de l'aide sociale	
Nom de l'organisation	Collaboration	Rôle du CHW	Rôle de l'organisation
Metiss'Ages Asbl	Pendant son service, le CHW s'attache aux	Notre rôle consiste à aider les personnes au	Un lieu de rencontre pour les femmes de plus
	questions de santé.	niveau des démarches administratives, à	de 60 ans.
		trouver un médecin/centre médical, à	
		prendre des rendez-vous dans les hôpitaux, à	
		expliquer les différents courriers, à les	
		orienter vers les services compétents selon la	
		demande.	

Lire et Écrire – centre Alpha de	Pendant la permanence, nous intervenons	En général, les personnes viennent avec des	Accompagnement des personnes
Schaerbeek	sur les questions de santé.	courriers, des factures, qu'elles ne	analphabètes (toutes les personnes de plus
		comprennent pas. Nous recherchons des	de 18 ans)
		travailleurs de la santé auprès du public.	
		Nous les accompagnons dans les démarches	
		administratives.	
		Nous rencontrons également des femmes	
		pour les informer sur le système de santé en	
		Belgique.	
Distribution alimentaire de ST-	Occupation de l'espace public - Nous	Informations sur la santé, propositions de	Distribution de colis alimentaires
Vincent de Paul	rencontrons le public à l'extérieur lors de la	centres de santé, orientation vers les	
	distribution des colis alimentaires.	organisations à but non lucratif concernées	
Espace communautaire PCS	Permanence où nous agissons dans le	Notre rôle consiste à aider les personnes au	Projet de cohésion sociale : rencontre avec
Marbotin	domaine de la santé	niveau des démarches administratives, à	les habitants, création de liens, projets
		trouver un médecin/centre médical, à	participatifs et collectifs.
		prendre des rendez-vous dans les hôpitaux, à	
		expliquer les différents courriers, à les	
		orienter vers les services compétents selon la	
		demande.	
Elmer	Participation à des séances d'échange avec	Informations sur la santé, orientation vers	Crèche
	les parents	notre permanence	
		Répondre aux besoins du public	
Apaj asbl	Activités de groupes : informations sur les	Informations sur la santé dans différentes	Centre de formation pour les personnes
	soins de santé en Belgique :	langues comme l'arabe, le français et	éloignées du marché du travail (demandeurs
	- statut intervention majorée	l'anglais	d'emploi entre 25 et 60 ans)
	- centres médicaux	Orienter les personnes vers nos permanences	
	- hôpitaux, spécialistes et	Répondre aux besoins du public	
	généralistes		
	- Mutualités		

CAD De Werklijn	Activités de groupes : informations sur les	Informations sur la santé dans différentes	Soutien aux demandeurs d'emploi.
	soins de santé en Belgique :	langues comme l'arabe, le français et	
	- statut intervention majorée	l'anglais	
	- Carte santé	Orienter les personnes vers nos permanences	
	- Mutualités	Répondre aux besoins du public	
	- Incapacité de travail		
	- Fonctionnement des		
	remboursements en soins de santé		
Huis voor Gezondheid	Participation aux formations dispensées par	[Aucune information complémentaire reçue]	Soutien direct ou indirect aux prestataires de
	l'organisation.		soins et à leurs organisations à Bruxelles et
			ses environs pour améliorer la qualité et
			l'efficacité des soins de santé
			néerlandophones
Maison sociale d'Evere	Le public de la maison sociale d'Evere est	Notre rôle consiste à aider les personnes au	Assistance locale et informations.
	orienté vers nos permanences	niveau des démarches administratives, à	La maison sociale propose : une permanence
		trouver un médecin/centre médical, à	sociale, une permanence juridique, un service
		prendre des rendez-vous dans les hôpitaux, à	de médiation de dettes, etc.
		expliquer les différents courriers, à les	
		orienter vers les services compétents selon la	
		demande.	
Coordination sociale de Schaerbeek	Invitations à la présentation des asbl du	Notre rôle consiste à participer aux réunions,	Sa mission consiste à informer, former,
	quartier, participation à la cellule [Contrat	mais aussi à faire part de notre vision, de nos	renforcer les réseaux sociaux et développer
	local santé sociale] CLSS, soutien à la	observations, à participer aux ateliers	des actions communes pour lutter contre la
	promotion de la permanence CHW, diffusion	organisés dans le cadre du CLSS (contrat local	pauvreté à Schaerbeek. Elle fait également
	d'informations de quartier par la	social et de santé), à transmettre	appel aux autorités compétentes sur la base
	coordination sociale de Schaerbeek,	l'information à notre réseau.	des analyses des problèmes sociaux
	distribution des coordonnées des asbl de		rencontrés.
	Schaerbeek.		
Buurtwinkel	Objectif futur: créer un réseau dans le	Accès aux soins de santé	Maison de quartier, bien-être général
	quartier Anneessens et s'entraider pour		

	mieux travailler avec les personnes que nous		
	soutenons et les partenaires.		
Convivence	//	//	Aide sociale, logement (locataires et
			propriétaires)
Télé-service	//	//	Dette, médiation sociale et juridique,
			insertion sociale et professionnelle, activités
			associatives.
Habitat et Rénovation	//	//	Aide au logement, cohésion sociale, activités,
			école des devoirs, etc.
Hubbie	//	//	Aide aux personnes souffrant d'un handicap
			mental
MASS de Bruxelles	//	//	Aide aux personnes ayant des problèmes de
			dépendance, accès à des soins
			pluridisciplinaires. Espace de consommation,
			etc.
Transit Asbl	//	//	Prise en charge des dépendances, suivi
			médical, maltraitance, etc.
Infor Jeunes	//	//	Aide à la jeunesse, études, jobs étudiants,
			etc.
Maison médicale Esseghem	[Aucune information complémentaire reçue]	Nous leur référons des clients, et nous	[Aucune information complémentaire reçue]
		recevons également des clients qui ont	
		besoin d'une assistance supplémentaire.	
		Nous allons, par exemple, ensemble aux	
		rendez-vous à l'hôpital, nous prenons des	
		rendez-vous chez le médecin généraliste ou	
		nous apportons un soutien administratif	
L'Abordage	[Aucune information complémentaire reçue]	Nous leur référons des clients, et nous	Activité pour les habitants des logements
		recevons également des clients qui ont	sociaux de Jette, résolution de problèmes
		besoin d'une assistance supplémentaire.	sociaux et administratifs.
		Nous allons, par exemple, ensemble aux	

	1	T	
		rendez-vous à l'hôpital, nous prenons des	
		rendez-vous chez le médecin généraliste ou	
		nous apportons un soutien administratif	
Restojet	[Aucune information complémentaire reçue]	Nous leur référons des clients, et nous recevons également des clients qui ont besoin d'une assistance supplémentaire. Nous allons, par exemple, ensemble aux rendez-vous à l'hôpital, nous prenons des rendez-vous chez le médecin généraliste ou nous apportons un soutien administratif	Accueillir pour orienter, accueillir pour accompagner. Leurs activités quotidiennes consistent en des services d'aide alimentaire, d'aide à l'hygiène, des activités socioculturelles et un soutien psychosocial de base, avec la possibilité d'un soutien administratif et/ou d'un accompagnement des personnes que nous soutenons et qui le
			souhaitent.
Cité Modèle	[Aucune information complémentaire reçue]	Nous leur référons des clients, et nous recevons également des clients qui ont besoin d'une assistance supplémentaire. Nous allons, par exemple, ensemble aux rendez-vous à l'hôpital, nous prenons des rendez-vous chez le médecin généraliste ou nous apportons un soutien administratif	Aide sociale des locataires et candidats locataires du Foyer Laekenois. Améliorer et promouvoir la vie ensemble. - En accompagnant et en mobilisant les locataires pour mener à bien des projets collectifs. - En (co-)organisant des événements participatifs et inclusifs. - En créant des espaces d'échange.
PSA Croix-Rouge	[Aucune information complémentaire reçue]	Nous référons les clients chez eux	Distribution de repas, centre de jour pour sans-abri.
Comité Santé Laeken	[Aucune information complémentaire reçue]	Participation et organisation d'activités liées à la santé	Coordination

2.1.4. Flandre

2.1.4.1. Ostende

Nom de l'organisation	Collaboration	Rôle du CHW	Rôle de l'organisation		
Collaboration avec les mutualités					
Mutualité chrétienne, Solidaris,	Le CHW oriente le groupe cible :	-création de passerelles	Aide médicale et sociale		
Mutualité libérale, Helan,	Prend des rendez-vous	-coaching			
Mutualités Neutres	Accompagnement, si nécessaire	-navigation			
	La MC oriente également vers le CHW, par				
	exemple lors de la recherche d'un dentiste,				
	d'un médecin généraliste, etc. Ou pour un				
	questionnaire administratif spécifique à				
	remplir par le médecin généraliste, bonnes				
	collaborations fréquentes				
	Collaboration	avec la ville d'Ostende			
Cliëntoverleg ville d'Ostende	Collaboration pour la concertation avec les	-création de passerelles	[Aucune information complémentaire reçue]		
	clients. Le CHW demande parfois une	-coaching			
	consultation importante pour un client	-défense de l'individu			
	particulier afin de mettre en place les				
	dispositions relatives à ce client. Dans				
	certains cas, le CHW est invité par [nom] à				
	participer à des consultations portant sur un				
	client particulier et demandées par une				
	autre organisation.				
Coordinateur de la politique de	Indication de signaux structurels par le	-création de passerelles	-Politique en matière de pauvreté, politique		
santé	coach après avoir été évoqués par l'équipe	-défense de l'individu	en matière de soins de santé		
	lors de la réunion, signaux sur la santé et la	-signalement des obstacles			
	pauvreté, journée de rencontre sur la				
	pauvreté à laquelle le CHW participe				
Rechtenverkenning OCMW [CPAS]	Très important pour le CHW; le CHW	-création de passerelles	[Aucune information complémentaire reçue]		
	informe le CPAS de la demande d'aide par le	-navigation			
	biais d'une requête/d'un e-mail	-défense de l'individu			

Sociale dienst OCMW [CPAS]	Une fois que le client a un dossier approuvé,	-création de passerelles	[Aucune information complémentaire
	la collaboration s'effectue directement par	-navigation	reçue]
	l'intermédiaire du travailleur social désigné.	-coaching	
	Le CHW est souvent sollicité dans le cadre du		
	coaching d'une personne, du respect des		
	rendez-vous chez les médecins, etc.		
Schuldhulp OCMW [CPAS]	A déjà reçu les orientations de ce service	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune information complémentaire
	pour l'aider à régler le volet médical en		reçue]
	raison du manque d'encadrement de la		
	personne.		
Straathoekwerkers	Collaboration avec les éducateurs de rue de	-création de passerelles	-sensibilisation en faveur des habitants
	différents quartiers et orientation, accord		vulnérables d'Ostende
	pour que nous accompagnions, voire		
	prenions complètement en charge, l'aspect		
	médical		
Stadsmariniers	Sont responsables de la sécurité dans les	-création de passerelles	-sécurité dans les quartiers, réception des
	quartiers à Ostende et peuvent orienter vers		signaux
	les CHW ; encore peu actifs pour le moment,		
	mais parfois présents aux mêmes réunions		
Antenne	Le CHW [nom] y a une permanence. Épicerie	[Aucune information complémentaire	-épicerie sociale
	sociale, lieu de rencontre	reçue]	-lieu de rencontre
Tand'em	Grâce à l'orientation de notre équipe vers la	-orientation	-soins bucco-dentaires
	reconnaissance des droits, qui permet	-coaching	
	ensuite aux personnes qui remplissent les		
	conditions requises d'obtenir un rendez-vous		
	chez Tand'em. Le CHW suit, mais c'était		
	auparavant plus direct et plus facile		
Ontmoetingscentra de la ville	Collaboration via les permanences CHW ; le	-sensibilisation	-réseau social
d'Ostende	centre responsable oriente les personnes		

	ayant des demandes d'aide en matière de				
	soins de santé				
Oostendse Haard / Gelukkige Haard	SVK [Sociaal Verhuur Kantoor - bureau de location sociale]; orientation vers ces services en cas de problème de logement, contact avec ces services lors de consultation à grande échelle organisée par	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune reçue]	information	complémentaire
	la ville concernant un client spécifique				
Brugfiguren	Très souvent, orientation vers le CHW de la part des « brugfiguren » ; sont liés aux écoles, donc souvent des demandes relatives à un dentiste, un médecin généraliste, une aide médicale spécialisée, etc.	-création de passerelles -navigation -coaching -enseignement de la littératie en santé	[Aucune reçue]	information	complémentaire
MSOC	Orientation vers et depuis [nom] (problème de dépendance), demande d'aide en cas d'orientation vers le ZH [hôpital], le médecin, etc.	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune reçue]	information	complémentaire
Daklozen en Thuislozen, Imagine (prise en charge de nuit)	Orientation vers ce service de la ville, surtout accueil (Imagine, Doorgroeihuis,)	-navigation	[Aucune reçue]	information	complémentaire
Opgroeien	Principalement orientation vers le CHW par e-mail des infirmiers ou des services sociaux pour accompagner la personne, par exemple en cas de recherche d'un médecin généraliste, navigation vers l'hôpital, etc.	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune reçue]	information	complémentaire
ledere stem telt	Le CHW fait partie de ce groupe ; tiennent compte des signaux relatifs aux soins de santé	- défense des individus et des collectivités	-politique	de pauvreté, sig	naux
	Collaboration	avec les asbl locales			

Katrol	Bonne collaboration, orientations	-coaching	[Aucune information complémentaire
	réciproques, le groupe cible est constitué des	-création de passerelles	reçue]
	enfants et des parents de ces enfants.	-navigation	
	Travail avec des stagiaires, qui assurent un		
	encadrement intensif à domicile. Ne pas		
	s'adresser aux médecins en tant que tels,		
	parfois chercher soi-même un médecin, mais		
	orientation courante vers le CHW pour		
	toutes ces demandes d'aide liées à la santé		
CASG	Orientation réciproque par le biais de	-création de passerelles	[Aucune information complémentaire
	l'accueil, bonne collaboration dans le centre	-coaching	reçue]
	d'accueil Kwiedam et aussi avec Dokters van	-navigation	
	de Wereld. Le CHW se rend fréquemment		
	dans ces centres d'accueil pour nouer des		
	contacts et sensibiliser sur le terrain.		
SAAMO	Permanences du CHW à Opex et Stene, salon	Bonne collaboration entre le CHW et les	[Aucune information complémentaire
	familial (Najat)	collaborateurs SAAMO, orientations, etc.	reçue]
Straatverpleegkundige/ PET	Bonne collaboration avec l'infirmier de rue	-création de passerelles	[Aucune information complémentaire
	qui est autorisé à prodiguer des soins, mais	-navigation	reçue]
	jamais sans accompagnement. Le CHW	-sensibilisation	
	oriente, lui demande conseil, etc.		
Samen Divers	Orientation réciproque. Leur groupe cible est	[Aucune information complémentaire	Association reconnue qui donne la parole
	constitué des personnes de couleur,	reçue]	aux pauvres et qui lutte contre la pauvreté,
	vulnérables, vivant dans la pauvreté. Accord		la précarité et l'exclusion sociale
	pour que nous prenions partiellement en		
	charge la santé et pour que nous nous		
	adressions à eux en cas de demande d'aide		
	d'autrui		

	Orientations également vers Babbelbox, participation culturelle, recherche d'emploi sur mesure, Accueil ouvert		
Klein verhaal	Permanence [nom], utilisation des locaux	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune information complémentaire reçue]
Dokters van de Wereld	Orientation vers ces médecins pour les sans- papiers, permanence jeudi matin. Bonnes collaborations avec tous les CHW, [nom] contact étroit avec le médecin	-sensibilisation -création de passerelles -coaching -navigation	[Aucune information complémentaire reçue]
Centres de santé de quartier	Étroite collaboration du CHW avec le travailleur social [nom], orientation des personnes, mais pas de permanence sur place	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune information complémentaire reçue]
Hôpitaux Ostende	Contacts avec les services sociaux et le secrétariat + facturation, orientations, recherche de solutions	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune information complémentaire reçue]
ELZ Oostende	Bonne collaboration, a été très actif au moment de la vaccination et du CST (cf. ligne directe [nom] vers [nom] pour prendre des rendez-vous au nom des sans-abri). La nouvelle plateforme Zipster (orientations) nous aiderait également, mais ne fonctionne pas encore comme il faut	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune information complémentaire reçue]
SIBE	Organisation de cours de formation auxquels le CHW et le groupe cible peuvent participer, par exemple atelier sur le diabète, guide de la démence, ainsi que des événements de réseau en collaboration avec ELZ auxquels le coach participe	-navigation -création de passerelles	-formations

FMDO	Organisation de sessions de groupe sur des questions de santé, cf. [nom] est également ambassadeur santé bénévole de FMDO;	[Aucune reçue]	information	complémentaire	[Aucune reçue]	information	complémentaire
	contact avec le CHW en matière d'orientations						
Stappie	Coopère déjà avec 1 fille lourdement médicalisée dans une famille où tout le monde est suivi. Prend de bons engagements sur qui est responsable de quoi dans chaque cas.	[Aucune reçue]	information	complémentaire	[Aucune reçue]	information	complémentaire
Jakoeboe	Colis alimentaires, orientations par le CHW si absence de nourriture, souvent auprès des sans-abri	[Aucune reçue]	information	complémentaire	[Aucune reçue]	information	complémentaire
Colsol	Idem Jakoeboe	[Aucune reçue]	information	complémentaire	[Aucune reçue]	information	complémentaire
	Collaboration avec les org	anisations	flamandes et fé	dérales			
Fedasil Reach Out Project	Désireux d'établir un rapport de confiance avec les migrants sans titre de séjour légal, prodigue des informations sur les procédures, etc. mais aucune recommandation de la part de notre équipe pour l'instant en raison de la méfiance suscitée par la représentation de [nom] et [nom] qui souhaitait simplement lever cette méfiance.	[Aucune reçue]	information	complémentaire	[Aucune reçue]	information	complémentaire

2.1.4.2. Tirlemont

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des collaborations que l'équipe CHW de Tirlemont a mises en place avec des acteurs de première ligne dans la région. L'équipe indique également avoir noué des partenariats avec les acteurs suivants dans le domaine de l'aide sociale : Kringwinkel ; CPAS ; Service de l'immigration de l'hôtel de ville ; BOM ; Inloophuis ; Praatcafé ; Tiensewereldvrouwen ; Kom binnen ; SAAMO.

	Acteurs de première ligne				
Nom de l'organisation	Collaboration				
Centre de santé de quartier Vierkappes	[Aucune information complémentaire reçue]				
Centre hospitalier régional Mobiel Crisisteam	Orienter et assister les habitants. Accompagner le client aux consultations				
Dentiste	[Aucune information complémentaire reçue]				
Dentiste	[Aucune information complémentaire reçue]				
MC	Orienter les clients				
Gezonde buurten de la MC	Informe le coach d'événements, d'activités, de moments de concertation importants, etc.				
Solidaris	Orienter les clients, prendre rendez-vous auprès du DMW [service Maatschappelijk Werk], accompagner les clients aux consultations				
Perinti	Orientation des femmes enceintes				
ELZOH	Assistance générale/information sur les organisations de première ligne.				
-LIGO	Orientations réciproques				
Docteur Carla Delmulle	Orientations réciproques				

Resonans asbl: propose une	Orientation des personnes handicapées
assistance aux personnes	
(présumées) handicapées. Travaille	
de manière accessible et adaptée au	
demandeur de soins (reconnu par	
VAPH)	

2.1.4.3. Genk

L'équipe de Genk a exploré les collaborations avec les acteurs de première ligne (cf. tableau ci-dessous) et les acteurs dans le domaine de l'aide sociale. Ainsi, ils ont créé des partenariats avec les organisations et personnes suivantes de la région : chefs de quartier de la ville de Genk (assistance, utilisation des salles de réunions, participation des équipes de quartier, orientation vers d'autres acteurs de quartier au sein de l'équipe de quartier, signalement des besoins); centre de confiance (orientation réciproque); SAAMO (bonne collaboration; moments d'accueil, présents lors de leurs activités, orientations réciproques); STEBO (bonne collaboration; moment d'accueil, présents lors de leurs activités, orientations réciproques); Werkstation (orientation); autorités de surveillance de la ville (orientations réciproques); Campus O3 (orientations réciproques et visites à domicile); société de logement social Nieuw Dak (orientations réciproques); Gigos (orientations réciproques); centre de services De Halm (orientations réciproques, accompagne le client lors de l'entretien); centre de services De Hazelaar (collaboration avec Quartiers solidaires); Portavida; équipe des centres de services; syndicat des locataires; syndicat ACV; syndicat ACLVB; Muna et CO (orientation); CPAS; asbl WeForThem; mosquée Yildirim Beyazit Kolderbos; asbl Open Je Hart; asbl Zonder Honger naar Bed (orientations); mosquée Hassaan Ebno Tabit; mosquée El Hoeda; mosquée Al Farah-Atouba; église italienne de Genk; maison de quartier Passarel; asbl De Sluis; asbl Alternatief; mosquée Yunus Emre Sledderlo; mosquée Fatih Winterslag; asbl Mevlana moskee; asbl Aif; Bindus; Stippe Stap; Europaschool Genk (orientations réciproques); Sint-Vincentius; Mickey Mouse; école De Sleutel (orientations réciproques); Driehoeven; BuSo Sint-Gerardus; De Bol; asbl De Sfeer; UAV BELGIE; Quartiers solidaires; BOOST; service Diversité et égalité des chances de Genk; Mens en Samenleving; ABVV; Mixes-Menu (orientations réciproques); Yadelim Plus; Gigos (orientatio

	Acteurs de première ligne
Nom de l'organisation	Collaboration
Buurtgezondheidscentrum Althea	Assistance aux clients, par exemple : orientation. Les CHW accompagnent également aux consultations, si nécessaire.
Familiehulp	Orientation
Croix Jaune et Blanche	Orientation
De regenboog	Orientation et accompagnement aux entretiens
Pharmacie Sledderlo	[Aucune information complémentaire reçue]
Soins infirmiers à domicile, indépendants	Orientation des patients turcs. Séances d'information sur les premiers secours
Zorgteam du CPAS	Orientations réciproques
Geneeskunde voor het Volk - cabinet de généralistes	Bonne collaboration. Orientations réciproques
Centre médical Zwartberg	Orientation
Asbl In-Z	Orientation
I-Mens	Orientation vers les séances d'information
Liberale Mutualiteit	Bonne collaboration, aide à la prise de rendez-vous, accompagnement aux entretiens, interlocuteur permanent DMW [service Maatschappelijk Werk]. Présent lors des visites à domicile
Christelijke mutualiteit	Bonne collaboration, aide à la prise de rendez-vous, accompagnement aux entretiens, interlocuteur permanent.
Solidaris	Bonne collaboration, aide à la prise de rendez-vous, accompagnement aux entretiens, permanence fixe toutes les 2 semaines auprès du DMW [service Maatschappelijk Werk].
Helan	Bonne collaboration, aide les clients à prendre rendez-vous, accompagne lors des entretiens auprès du DMW [service Maatschappelijk Werk], est présent lors des visites à domicile
Cabinet de généralistes Medi-Mine	Bonne collaboration. Aide à la prise de rendez-vous et accompagnement aux consultations
Samana.	Bonne collaboration. Organisation dans les quartiers de séances d'information sur les aidants
Dentiste Pullinx	Bonne collaboration. Orientations
Cabinet médical Potargent	[Aucune information complémentaire reçue]
Psychologue clinicien	Bonne collaboration.
Noolim	Bonne collaboration, accompagnement lors des visites à domicile

Overkop	Orientation des jeunes souffrant de problèmes psychiques
MENOS	Bonne collaboration. Organisation dans les quartiers de séances d'information sur la démence. Orientations
LOGO Limburg	[Aucune information complémentaire reçue]
Docteur Zervas	[Aucune information complémentaire reçue]
Overkop	Orientation des jeunes souffrant de problèmes psychiques
Docteur Timur	Orientations réciproques
Docteur Duran	Orientation vers le médecin
Kom Op Tegen Kanker	Séances d'information et orientations
Ziekenhuis Oost-Limburg Oncologie	Orientation et accompagnement des patients
Gezonde Mond	[Aucune information complémentaire reçue]

2.1.4.4. Anvers

Nom de l'organisation	Collaboration	Rôle du CHW	Rôle de l'organisation		
	Acteurs de première ligne et a	cteurs dans le domaine de l'aide sociale			
SAAMO Anvers	Présence en cours d'activité/permanence	Tous les rôles du CHW	Orientation vers le CHW		
Dokters van de wereld (Anvers)	Présence en cours d'activité/permanence	Tous les rôles du CHW			
Elegast (Anvers)	Présence en cours d'activité/permanence	Tous les rôles du CHW	Orientation limitée vers le CHW.		
			Mais orientation pendant la permanence		
CAW (Anvers)	Présence en cours d'activité/permanence	Création de passerelles, navigation,	[Aucune information complémentaire		
		coaching limité	reçue]		
Ligo (Anvers)	Présence en cours d'activité/permanence	Tous les rôles du CHW	Contact téléphonique courant de Ligo au		
		CHW (orientation après la peri			
Boys Project (Anvers)	Présence en cours d'activité/permanence	Tous les rôles du CHW	[Aucune information complémentaire		
			reçue]		
Buurthuis De Buurt (Anvers)	Présence en cours d'activité/permanence	[Aucune information complémentaire	[Aucune information complémentaire		
		reçue]	reçue]		
Werkhuis (Anvers)	Présence en cours d'activité/permanence		Utilisation des locaux uniquement		

Gezondheidskiosk (Anvers)	Présence en cours d'activité/permanence	Tous les rôles du CHW	[Aucune information complémentaire reçue]
Violette	Pas de permanence, ils contactent le CHW en cas de besoin	Tous les rôles du CHW	[Aucune information complémentaire reçue]
Institut de Médecine Tropicale	Pas de permanence, ils contactent le CHW en cas de besoin	Tous les rôles du CHW	Orientation vers le CHW
Wegwijzers Borgerhout	Pas de permanence	Tous les rôles du CHW	Orientation vers le CHW
WGC [centre de santé de quartier] Spoort	Pas de permanence	Tous les rôles du CHW	Orientation vers le CHW
Atlas, intégration, maison de quartier Borgerhout, Kind en Gezin	Pas de permanence	Tous les rôles du CHW	Orientation vers le CHW

2.1.4.5. Gand

Nom de l'organisation	cation Collaboration Rôle du CHW		Rôle de l'organisation			
	Acteurs de première ligne et acteurs dans le domaine de l'aide sociale					
WGC [centre de santé de quartier]	En général, les tâches ci-dessous sont	- création de passerelles	- Conclure de bons accords sur les			
Nieuw Gent	attribuées aux centres de santé de	- navigation,	tâches des CHW, les créneaux			
	uartier. Accord par centre, avec - coaching et aide sociale,		horaires, l'emplacement physique			
	quelques nuances ici et là, ou accent mis	- défense des intérêts	(bureau), l'interlocuteur au sein du			
	sur une tâche spécifique. Le principe est	individuels et collectifs,	WGC, retour d'information aux			
	toujours le même: où se situe	- information sur la santé	médecins et autres prestataires de			
	exactement le besoin du centre de santé	tenant compte des diversités	soins au sein du WGC,			
	de quartier et comment le projet CHW	culturelles	- Suivi et évaluation régulière avec			
	peut-il y apporter une réponse. Pas de		ajustements, si nécessaire			

			I
	notes de rendez-vous, mais rapport avec les rendez-vous.	 - renforcement de la littératie en santé 	- Un WGC n'est pas l'autre, la culture peut différer : l'un veut toujours
			être au courant, tandis que l'autre
	Accompagnement physique: le CHW		est plus souple.
	accompagne le client aux rendez-vous		- Certains WGC mettent davantage
	en dehors du WGC + retour		l'accent sur le soutien des
	d'information au médecin (le patient		compétences numériques tandis
	s'est-il présenté pour éviter « pas venu -		que d'autres soulignent
	pas d'ordonnance » ; le patient possède-		l'importance d'éviter les situations
	t-il les bons documents ?) ; aider le client		« pas venu - pas d'ordonnance »,
	à trouver des prestataires de soins,		etc.
	comme un dentiste, une hygiéniste		
	dentaire; rappel des rendez-vous à		
	l'hôpital, mutualité, ONEM, syndicat,		
	; accompagner les patients « pas en		
	règle » dans leurs démarches auprès de		
	la mutualité/caisse auxiliaire/carte		
	médicale ; aider pour les tâches		
	numériques (suivi du dossier de la		
	mutualité, prise de rendez-vous en ligne,		
	formulaire en ligne, etc.)		
WGC De Kaai - Bloemekeswijk	ldem; un peu plus d'importance	idem	idem
	accordée aux visites à domicile en ce qui		
	concerne les rendez-vous de suivi, les		
	médicaments, etc.		
WGC Botermarkt – Ledeberg	idem	idem	idem
WGC Watersportbaan	idem	idem	idem
WGC Kapellenberg - Gentbrugge	idem	idem	idem
SAAMO Ledeberg et	Présence des CHW ; accompagnement,	- création de passerelles	Conclure des accords sur la présence des
Watersportbaan	information et assistance en matière de	- navigation,	CHW, le rôle du CHW (à faire et à ne pas

	soins de santé primaires et d'aide	- coaching et aide sociale,	faire), présenter le CHW au groupe
	sociale	- défense des intérêts individuels et	cible ; SAAMO a travaillé sur
		collectifs,	l'accessibilité des mutualités et a rédigé
		- information sur la santé tenant	une note d'orientation à l'attention des
		compte des diversités culturelles	mutualités en concertation avec le
		- renforcement de la littératie en santé	groupe cible
Mobiel Team GGZ [soins de santé	Accompagnement dans l'intention	idem	
mentale]	d'apprendre à connaître les habitants,		
	en renforçant les activités de chacun ; se		
	compléter, chacun avec son propre rôle ;		
	orientations réciproques		
PAKT : réseau de prestataires de	Se tenir mutuellement informés des cas	idem	Principalement accords pratiques sur les
soins et d'établissements de soins	difficiles, orienter de manière		orientations
opérant dans la région de Gand -	réciproque ; formation		
Eeklo - Ardennes flamandes dans			
le but d'améliorer les soins de			
santé mentale dans la région.			
KRAS	Orientation réciproque ciblée ;	idem	Faciliter la prise de rendez-vous ou des
	organisation conjointe d'activités, par		actions spécifiques concernant, par
« Kring Rond Armoede In De	exemple autour des soins bucco-		exemple, les soins bucco-dentaires
Stad », réseau chrétien	dentaires et du dépistage dentaire avec		
d'organisations bénévoles qui	l'aide d'un hygiéniste dentaire		
distribuent des colis alimentaires ;			
plus précisément : asbl Geraarke,			
asbl Toontje, asbl De Tinten			
(uniquement pour les personnes			
sans titre de séjour légal et carte			
médicale)			

D 6 (N) D 13 11	5 /	.,	
De Serre (Nieuw Gent) : lieu de	Présence, orientations, oreille	idem	Faciliter (par exemple, signaler la
rencontre accessible pour le	attentive ; groupe de femmes		présence dans le bulletin d'information),
quartier; partenariat avec	arabophones de la KAAG Foundation		mettre les habitants en contact avec les
diverses organisations telles que			CHW
Zuidpoort (VWAHWN), Poco Loco			
(GGZ), KAAG Foundation;			
Campus Atelier (atelier bois)			
Mondzorgcentrum Nieuw Gent	Orientation et suivi des habitants ; prise	idem	Faciliter le rôle du CHW, bonne
(nouveaux soins dentaires et	en charge de l'adhésion à la mutualité		communication dans les deux sens
d'hygiène dentaire accessibles;	ou de la carte médicale		
selon le principe du WGC)			
Wijkregisseur Nieuw Gent et	Orientation, assistance,	idem	Faciliter le rôle du CHW; les
Watersportbaan; d'autres chefs	accompagnement		organisations de quartier soutiennent et
de quartier sont prévus			encouragent la coopération en vue de
			concrétiser le rôle du CHW
Meet & Mix: lieu de rencontre	idem	idem	Faciliter la présence et le rôle du CHW
accessible pour les personnes en			pendant les activités
situation de vulnérabilité			
psychologique (collaboration			
entre SAAMO Ledeberg et WGC			
Ledeberg)			
Hygiéniste dentaire Ledeberg	Dépistage dentaire à divers endroits	Orientation vers le dépistage et suivi ;	Conclure des accords sur la présence et
	accessibles à Ledeberg ;	service d'interprète sur place et	la définition des rôles
	-	intensification des relations avec les	-
		clients	
De Fontein, maison d'hygiène	Présence ; accompagnement, assistance		faciliter
pour les sans-abri et les personnes	et information sur la santé et les services		
dans le besoin – Ordre de Malte	de santé		
(Bloemekeswijk)			
` ,,			

MC politique d'imputation	Accord sur les orientations réciproques à	[Aucune information complémentaire	[Aucune information complémentaire		
	convenir	reçue]	reçue]		
LM	Orientations réciproques	[Aucune information complémentaire	[Aucune information complémentaire		
		reçue]	reçue]		
Helan	idem	[Aucune information complémentaire	[Aucune information complémentaire		
		reçue]	reçue]		
Solidaris	idem	[Aucune information complémentaire	[Aucune information complémentaire		
		reçue]	reçue]		
ELZ	S'informer mutuellement et se tenir au	[Aucune information complémentaire	[Aucune information complémentaire		
	courant de ce qui se passe dans la ville	reçue]	reçue]		
	de Gand ; rejoindre la formation				
Ville de Gand - service de santé	Concertation et coopération, par	[Aucune information complémentaire	[Aucune information complémentaire		
	exemple en rapport avec la prévention	reçue]	reçue]		
	des empoisonnements au CO ; suivi de la				
	formation ; mais aussi groupe de travail				
	sur l'accessibilité des soins de santé (en				
	lien avec la collecte et le traitement des				
signaux et les obstacles dans les soins de					
	santé); concertation du réseau sur la				
	promotion de la santé				
Ville de Gand - Gezondheidsgiden	idem	[Aucune information complémentaire	[Aucune information complémentaire		
		reçue]	reçue]		
Divers services municipaux :	Orientations réciproques, toujours dans	[Aucune information complémentaire	Faciliter le rôle et la mission des CHW		
buurtstewards (groupes IEM:	l'intérêt du client	reçue]			
migrants intra-européens),					
éducateur de rue; service de					
rencontre et de liaison (activités					
de proximité), centre de					
vaccination (auparavant)					

Ville de Gand : SOI (initiative	Présence des CHW; accompagnement,	Idem ; feed-back sur l'entretien avec le	Faciliter ;
municipale d'accueil des réfugiés)	information et assistance en matière de	médecin aux collaborateurs de la SOI	
+ Renoboot (Fedasil) + projet	soins de santé primaires et d'aide		
« Opvang en Orientatie » (accueil	sociale		
et orientation)			
CAW: prise en charge de nuit;	Orientation	[Aucune information complémentaire	[Aucune information complémentaire
centres d'accueil; De Schelp		reçue]	reçue]
(accueil d'hébergement			
d'urgence pour femmes);			
Transithuis (propose			
gratuitement des informations,			
des conseils et une assistance aux			
personnes ayant des questions			
sur les procédures de séjour)			
CPAS: service carte médicale;	Orientation, accompagnement,	[Aucune information complémentaire	[Aucune information complémentaire
conseil familial; bureaux d'aide	assistance, suivi	reçue]	reçue]
sociale dans différents quartiers;			
service psychologique ; etc.			
4 hôpitaux de Gand: AZ Jan	Idem ; mais aussi auprès du service de	[Aucune information complémentaire	[Aucune information complémentaire
Palfijn; UZ; AZ Maria	médiation en cas de plainte ou de refus	reçue]	reçue]
Middelares ; AZ Sint-Lucas	d'aide par un employé de l'hôpital aux		
	personnes sans domicile légal ; racisme		
	à l'égard des CHW		
Fiola vzw - offre un soutien expert	Orientation, accompagnement,	La demande initiale consiste en une	Toujours en collaboration avec un
sur mesure aux personnes	assistance, suivi	assistance ponctuelle, mais il s'agit	collaborateur de Fiola, transfert, suivi
(présumées) handicapées et à leur		toujours de situations complexes avec	
réseau.		des interventions différentes	

Huisartsenvereniging Gent	Dans le cadre du rattachement d'un cabinet de généraliste à un CHW - en cours (changement de personnel)	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune information complémentaire reçue]	
Fedasil (Reach Out)	Orientations réciproques ; accompagnement	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune information complémentaire reçue]	
Kraamkaravaan	Plateforme de concertation sur les familles et mères vulnérables; orientations réciproques	[Aucune information complémentaire reçue]	faciliter	
Ville de Gand – équipe GGZ	Orientations réciproques; partage des connaissances; conseils axés sur les solutions pour les cas difficiles (se référer vers quoi ?)	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune information complémentaire reçue]	
Open Netwerk vzw en collaboration avec Rooigempsy dans le cadre de soins psychologiques tenant compte de la sensibilité culturelle (à la fois au sein et en dehors de la convention) - un premier contact a également été établi avec Solentra	Collaboration en lien avec les soins psychologiques tenant compte des sensibilités culturelles: orientation; mais aussi coopération dans le cadre des séances de groupe au sein de la convention ELP en collaboration avec Erigent	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune information complémentaire reçue]	
VWAHWN vzw Sivi (Sint- Amandsberg)	Orientation, accompagnement, assistance, suivi	Rôles du CHW	Facilitation, suivi des dossiers	
Erigent (organisation autonome communauté érythréenne)	Orientation, accompagnement, assistance, suivi	Rôles du CHW	Facilitation, suivi des dossiers	
Burgerplicht vzw (organisation autonome communauté turque)	Groupe de travail santé	[Aucune information complémentaire reçue]	[Aucune information complémentaire reçue]	

Encore quelques autres petites	[Aucune information	complémentaire	[Aucune informa	tion complémentaire	[Aucune	information	complémentaire
organisations avec lesquelles	reçue]		reçue]		reçue]		
nous procédons							
occasionnellement à des							
orientations réciproques							

2.1. Organisations et personnes déclarant avoir besoin des CHW

Au cours de la deuxième année, le projet CHW a reçu plusieurs demandes de la part de villes où il est déjà opérationnel, afin de s'étendre à d'autres quartiers. En outre, de nouvelles villes et communes ainsi que de nouveaux prestataires de soins, acteurs sociaux et chercheurs ont également fait appel à leur collaboration. Certaines villes, communes et zones de soins primaires ont exprimé leur intérêt à déployer également des CHW dans leurs quartiers. Le projet CHW a également reçu plusieurs demandes de projets de recherche pour atteindre les personnes en situation de vulnérabilité sociale. Enfin, le projet CHW a reçu des demandes de prestataires de soins individuels, par exemple d'une maison médicale et d'asbl locales cherchant une assistance supplémentaire en faveur de patients ou clients spécifiques qu'ils prennent en charge. L'une des demandes concernait l'assistance interrégionale, qui est possible dans le cadre de ce projet CHW fédéral. D'autre part, le projet a également reçu une demande d'un réseau hospitalier en vue d'obtenir des conseils de la part des CHW pour atteindre les personnes en situation de vulnérabilité sociale, par exemple pour prendre rendez-vous, remplir un questionnaire avant une visite à l'hôpital et assurer un suivi après une visite en rapport avec le traitement. Un coordinateur et un CHW se sont entretenus avec des personnes de cet hôpital afin d'échanger leurs expériences.

Projet CHW: rapport année 2022 140

V. Discussion

1. Atelier CHW-AIM et résultats quantitatifs

Ce rapport portant sur la deuxième année du projet CHW belge comprend une évaluation centrale basée sur la « matrice d'évaluation et d'amélioration des community health workers (*CHW AIM*): outils pour améliorer les programmes et services des CHW » (Ballard, Bonds et al. 2018). L'outil *CHW AIM* constitue une base d'évaluation des programmes CHW en dix thèmes : (1) rôle et recrutement ; (2) formation ; (3) accréditation ; (4) outils ; (5) supervision ; (6) indemnisation ; (7) participation communautaire ; (8) opportunités de carrière ; (9) données ; et (10) lien avec le système national de santé. En concertation avec les CHW, les coaches et les coordinateurs, le projet a été évalué de manière qualitative en ce qui concerne les défis et les actions d'atténuation potentielles pouvant être identifiés. L'amélioration des programmes CHW doit, en effet, se faire en concertation avec les CHW – qui sont des experts de par leur expérience quotidienne sur le terrain (Kok, Crigler et al. 2021). L'importance de professionnaliser les programmes CHW, y compris en mettant l'accent sur une rémunération, une formation et une supervision adéquates – conformément aux lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization 2018) – s'est accentuée pendant la crise du COVID-19 (Ballard, Olsen et al. 2022).

L'évaluation *CHW-AIM* est complétée d'un volet quantitatif. Nous nous appuyons à cet effet sur le travail du « Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project » aux États-Unis (Rodela, Wiggins et al. 2021), dont le questionnaire a été adapté au contexte belge en concertation avec les CHW, les coaches et les coordinateurs. Pour rendre ces indicateurs opérationnels dans le projet belge, différentes sources de données ont été utilisées : l'outil d'enregistrement des CHW dans lequel ils suivent leurs activités quotidiennes ; un questionnaire pour les CHW ; un questionnaire pour les coaches ; un questionnaire pour l'employeur et les RH ; et une question adressée aux décideurs politiques. Cette stratégie cadre avec la littérature scientifique internationale qui stipule qu'un mélange de différentes sources de données est important pour comprendre la complexité des programmes CHW (Kok, Crigler et al. 2021). La transposition des indicateurs dans le contexte belge a été communiquée aux auteurs aux États-Unis, qui peuvent poursuivre ce travail. De cette manière, ce projet CHW contribue également au développement d'indicateurs internationaux pour les programmes CHW.

Dans cette discussion, nous rassemblons les résultats quantitatifs et qualitatifs sur la base de dix thèmes, comme proposé par l'outil *CHW-AIM* (Ballard, Bonds et al. 2018). Cette discussion se termine par une conclusion.

1.1. Rôle et recrutement

Au cours de la deuxième année, l'accent a été mis sur la définition des rôles des CHW. Cette ambiguïté de rôle est également pointée dans la littérature scientifique comme un défi majeur des programmes CHW dans le monde (Crigler, Hill et al. 2013). La description du rôle s'est basée sur les travaux du projet « The Community Health Worker Core Consensus (C3) project » aux États-Unis (The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project 2018). En concertation avec les CHW, les coaches et les coordinateurs, cette description de rôle américaine a été adaptée au contexte belge. Combiner à la

fois les résultats de la recherche internationale et les expériences locales des CHW va dans le sens des recommandations de la littérature scientifique internationale « visant à développer des programmes efficaces pour atteindre leurs objectifs tout en étant acceptables pour les personnes concernées, réalisables et durables » (Glenton, Javadi et al. 2021: p. 1). La description du rôle du CHW a été communiquée de plusieurs manières, notamment : aux CHW; sur le site web du projet CHW; et par l'intermédiaire des services sociaux des mutualités. Pour recenser le travail des CHW, ces rôles ont également été intégrés dans l'outil d'enregistrement développé par le projet CHW (cf. Discussion, 1.6 Données).

Toutes les équipes ont déclaré que la description du rôle est très utile pour délimiter le travail du CHW. Elles ont cependant aussi indiqué qu'il est important d'affiner et d'ajuster davantage cette description de rôle en concertation avec les CHW. Comme le montre la description du rôle, les CHW visent à aider les personnes à devenir autonomes dans leur accès aux soins de santé. À l'avenir, il serait intéressant de voir si l'on peut s'efforcer davantage d'identifier les points forts des personnes du groupe cible qu'ils soutiennent et d'en tirer parti (Rapp, Saleebey et al. 2006). Il peut également être utile de prendre en compte les objectifs de vie personnels des individus lors de l'élaboration de l'assistance que les CHW fournissent (Vandenbroeck and Braes T. 2020). En plus de définir les rôles du CHW, des efforts ont également été consentis pour formuler le rôle du coach. À l'horizon de la troisième année, il est utile de se concentrer également sur le rôle du coordinateur. L'importance de préciser davantage la mission, la vision et les objectifs du projet CHW a également été soulignée.

L'étude réalisée lors de la deuxième année montre qu'il est important de continuer à se concentrer sur l'appropriation du rôle du CHW à l'avenir et de faire largement connaître ce rôle en dehors du projet CHW. Des efforts supplémentaires pour faire connaître ces rôles pourraient conduire à des réactions moins défensives de la part des prestataires de soins, en partie en réponse à l'impression qu'ont les CHW de ne pas être pris au sérieux – une expérience ressentie en général par les CHW dans le monde (LeBan, Kok et al. 2021, Masis, Gichaga et al. 2021). Un rôle mieux défini peut également garantir que les attentes des acteurs des soins de santé, ainsi que des personnes qui assistent les CHW, soient plus en phase avec le soutien que le CHW peut apporter (Crigler, Hill et al. 2013). Les équipes considèrent que différents acteurs ont un rôle à jouer pour mieux faire connaître le rôle du CHW: CHW, coaches, coordinateurs et politiciens. Les CHW peuvent, par exemple, redoubler d'efforts pour communiquer le rôle du CHW à leur réseau sur le terrain. Selon eux, les coaches pourraient également contribuer au développement de partenariats en adéquation avec le rôle des CHW par leur présence sur le terrain et leur participation aux activités. La littérature internationale souligne à ce sujet l'importance de vérifier si les rôles sont considérés comme acceptables et appropriés par les personnes du groupe cible, ainsi que par les CHW et les coaches (Glenton, Javadi et al. 2021). À leur tour, les coordinateurs peuvent alors faire davantage connaître le rôle du CHW au niveau méso et mettre en place et suivre le réseau supra-local avec, par exemple, les maisons médicales, les hôpitaux et les services de santé des villes locales. La politique et le coordinateur fédéral peuvent mieux communiquer au niveau macro le rôle des CHW au niveau fédéral.

En plus de s'approprier et de mieux faire connaître le rôle du CHW, les équipes ont indiqué qu'il serait utile de lier les tâches et les compétences de base aux rôles du CHW. De plus, il est important de vérifier si les rôles correspondent aux compétences des CHW et à la formation qu'ils reçoivent, afin

qu'ils puissent les exercer correctement (Glenton, Javadi et al. 2021). Les CHW ont en outre indiqué qu'il serait utile d'aligner le recrutement et la description du profil sur la nouvelle description de rôle.

Au cours de la deuxième année, des premières mesures ont été prises pour donner forme à une politique de signaux structurels. Sur la base du travail du *Werkgroep Signalen Gent* concernant le Signalenbundel (Eerstelijnszone Gent 2022), un groupe de travail au sein du projet CHW a développé une stratégie pour pouvoir transmettre et suivre de manière systématique les signaux relatifs aux obstacles structurels: (1) observer un signal; (2) se réunir et discuter; (3) enregistrer; (4) grouper et clarifier les demandes; (5) analyser; (6) décider d'agir; (7) passer à l'action; et (8) donner et recevoir un feed-back (cf. chapitre I). Un aperçu des premiers signaux ainsi recueillis est présenté au chapitre IV. Les grands thèmes abordés étaient les suivants: accès aux soins médicaux; accès aux soins de santé mentale; accès aux soins dentaires; accès aux interprètes; et accès à une aide médicale urgente. La stratégie élaborée en est encore à ses balbutiements, et doit être mise en œuvre et adaptée aux expériences de terrain au cours de la troisième année.

1.2. Formation

L'enquête montre que les CHW du projet belge avaient une formation préalable diversifiée. Bien qu'aucune formation préalable n'ait été requise pour postuler en tant que CHW, plusieurs personnes titulaires d'un diplôme ont néanmoins présenté leur candidature. Environ un tiers des CHW (28,1 %) possède un diplôme universitaire de type master. En outre, un peu moins d'un cinquième (18,8 %) a déclaré avoir suivi un enseignement secondaire supérieur de type court, et 15,6 % un enseignement secondaire supérieur de type long. Un peu plus de trois CHW sur quatre (77,8 %) ont indiqué avoir décroché leur diplôme en Belgique. Les résultats du questionnaire CHW-AIM et des questionnaires quantitatifs indiquent que les CHW possèdent des expériences de vie, de formation et professionnelles diversifiées. Cette diversité se traduit par des besoins variés en matière de formation de base et complémentaire qu'il convient de prendre en compte lors de l'élaboration de la formation de base et de perfectionnement des CHW au cours de la troisième année. La littérature scientifique internationale souligne d'ailleurs la nécessité d'offrir une formation basée « sur le contenu du travail et les compétences requises, le niveau préexistant de connaissances et de compétences des participants et d'autres facteurs contextuels » (Schleiff, Aitken et al. 2021: p. 16). Dans le cadre d'une formation de base solide, les équipes suggèrent de fournir un module de base, qui peut être complété par des modules optionnels en fonction des besoins des CHW.

Pour mieux répondre aux différents profils des CHW, les équipes de discussion de l'atelier ont indiqué qu'il serait utile d'élaborer un plan de développement personnel pour chaque CHW en termes d'aptitudes, de connaissances et de compétences. Cette idée cadre avec la littérature scientifique internationale qui souligne que la formation doit être dynamique et continuellement adaptée aux besoins du terrain (Perry, Chowdhury et al. 2021, Schleiff, Aitken et al. 2021). En plus de ces formations de base et complémentaires pour les CHW, les coaches ont également préconisé une formation de base et continue propre au projet – également considérée comme importante dans la littérature scientifique internationale (Perry, Chowdhury et al. 2021, Schleiff, Aitken et al. 2021).

Toutes les équipes ont indiqué qu'en plus d'une formation de base approfondie, un « rafraîchissement » régulier des connaissances de base ainsi qu'une formation continue sont essentiels pour soutenir les CHW – conformément à la littérature scientifique internationale (Crigler, Hill et al. 2013, World Health Organization 2018, Perry, Chowdhury et al. 2021). D'autre part, il est important d'impliquer les CHW lors de l'élaboration de la formation. La formation doit, en outre, fournir des outils pratiques et être appliquée à des cas tirés de la pratique (Schleiff, Aitken et al. 2021). Selon les équipes, cette formation pourrait être complétée par un manuel qualité. Dans le cadre d'un cours de remise à niveau, les équipes ont fourni des suggestions sur des sujets qu'elles jugeaient nécessaires d'aborder. Il s'agit des principes de base des aspects suivants : le travail des CHW ; les rôles et compétences des CHW; le nouvel outil d'enregistrement; les compétences en communication; le système de soins de santé; les prestations et droits sociaux; les outils pour travailler avec les personnes présentant une vulnérabilité mentale. Ces thèmes rejoignent la littérature scientifique internationale qui souligne la nécessité de formation des CHW dans les domaines suivants : techniques de communication et de conseil et apport d'un soutien psychosocial ; identification des besoins sanitaires et sociaux; promotion de la santé et prévention de la santé; déterminants sociaux de la santé; renforcement des compétences interpersonnelles liées à la confidentialité, à la communication, à l'engagement communautaire ; connaissance du système de santé et intégration dans un système de santé plus large ; et compétences en matière de résolution des problèmes (World Health Organization 2018, Glenton, Javadi et al. 2021, Schleiff, Aitken et al. 2021, Olaniran, Banke-Thomas et al. 2022). En plus d'affiner les connaissances, il est également important de reconnaître et de renforcer l'expérience vécue des CHW dans la formation (Pinto, da Silva et al. 2012). A cet égard, on peut s'inspirer de l'expérience de l'équipe wallonne qui a reçu, par l'intermédiaire du RWLP, une formation basée sur les principes de « popular education », entre autres - également mise en évidence dans la littérature comme une base précieuse sur laquelle fonder la formation des CHW (Wiggins, Johnson et al. 2009).

Les CHW ont bénéficié de différentes formations de perfectionnement — bien que de grandes différences aient été observées entre les régions et les villes. Afzal et al. (2021) note dans un article récent que la formation approfondie et continue représente souvent un défi majeur des programmes CHW dans le monde. Cependant, le manque de formation adéquate peut constituer un obstacle majeur au succès d'un programme CHW, en n'étant pas correctement préparé au rôle de CHW. Cela peut avoir un effet négatif sur la motivation des CHW et la qualité de leur travail (World Health Organization 2018, Schleiff, Aitken et al. 2021). À l'horizon de la troisième année, il est important de rationaliser autant que possible ces formations de base et avancées dans les villes et les régions — en s'appuyant davantage sur les recommandations de la littérature scientifique internationale (World Health Organization 2018, Schleiff, Aitken et al. 2021). Des formations supplémentaires spécifiques à la ville peuvent ensuite être proposées en fonction des besoins locaux.

1.3. Intégration dans la communauté

Les équipes ont souligné l'importance de s'adapter aux besoins et au contexte local (Hodgins, Kok et al. 2021, Perry and Hodgins 2021). Par exemple, la guerre en Ukraine s'est traduite par une forte demande d'assistance aux migrants récemment arrivés de ce pays. Le dépliant des CHW a ainsi été traduit en ukrainien et les CHW ont été fortement déployés, principalement à Tirlemont où travaille

un CHW d'origine ukrainienne. Par ailleurs, les équipes ont souligné l'importance de s'adapter à l'offre existante des organisations partenaires présentes. Au chapitre IV, les équipes ont donné un aperçu complet des coopérations existantes aux niveaux fédéral et régional. Dans certaines villes, les CHW sont les seuls à travailler dans une optique de sensibilisation. Dans d'autres villes, d'autres partenaires travaillent également dans ce sens. Une complémentarité a néanmoins aussi été observée dans ces villes. Les équipes ont cité plusieurs éléments qui rendent le travail des CHW complémentaire à celui des organisations existantes par la nature de l'accompagnement fourni par les CHW: partager l'expérience de vie avec les personnes qu'ils assistent; pouvoir prendre le temps; effectuer un travail de sensibilisation; approcher les gens de manière proactive; offrir une oreille attentive; et instaurer la confiance. Le bon fonctionnement du quartier et les réseaux existants dans le quartier facilitent le travail des CHW. La collaboration avec les différents partenaires locaux est très diversifiée, du contact ponctuel aux collaborations étroites avec partage d'informations, en passant par les réunions occasionnelles. Les CHW facilitent également les coopérations entre les autres organisations du quartier.

L'atelier *CHW-AIM* nous a également appris qu'il est important de réfléchir à l'avenir à la manière d'impliquer davantage la communauté dans le projet CHW, par exemple en participant au recrutement et à la description des rôles. Un article scientifique récent résume que « la participation de la communauté au processus de recrutement et de sélection non seulement améliore l'aptitude des personnes sélectionnées, mais facilite aussi le dialogue entre les membres de la communauté et les organisations de santé, en améliorant leur compréhension des problèmes locaux » (Schleiff, Aitken et al. 2021: p. 13). Cependant, il n'est pas toujours facile d'impliquer la communauté dans le processus de sélection. Impliquer activement les leaders communautaires dans la définition du rôle des CHW et l'identification des compétences nécessaires peut également contribuer à un meilleur recrutement et à une meilleure crédibilité au sein de la communauté (Crigler, Hill et al. 2013). Enfin, il est intéressant de miser davantage sur la possibilité d'un retour d'information de la part de la communauté – comme le souligne également la littérature scientifique internationale (Crigler, Hill et al. 2013, Lewin, Lehmann et al. 2021), par exemple via le site web ou en explorant d'autres options de feed-back.

1.4. Affiliation à des organismes de soins de santé et d'aide sociale

Outre l'intégration au sein de la communauté, la littérature scientifique internationale souligne l'importance d'un bon alignement des programmes CHW avec le système de santé, en mettant l'accent sur une bonne planification, une bonne coordination et des partenariats fructueux (Afzal, Pariyo et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021). L'outil CHW-AIM initial fait uniquement état de « l'affiliation aux soins de santé », mais dans la pratique, on constate aussi que l'affiliation à des organismes d'aide sociale est souvent évoquée. Les collaborations avec les organismes de santé et d'aide sociale diffèrent fortement en termes de contenu et de degré de formalisation. La manière dont les CHW viennent compléter ces partenariats est très variée : orientation vers les acteurs de santé de première ligne ; obtention d'une plus grande clarté sur la situation de soins du patient ; assistance lors les demandes d'interventions et de primes ; aide à la prise et au respect des rendez-vous chez les spécialistes et les généralistes ; traduction ; renvois "chauds" vers les instances de soins et d'aide sociale ; soutien au suivi approfondi des patients ; recherche de solutions aux problèmes d'accès aux soins. En ce qui concerne les facilitateurs de partenariats, nous constatons que les caractéristiques

suivantes des CHW et du projet CHW contribuent à une bonne collaboration : profil unique des CHW ; objectif commun ; relation de confiance ; flexibilité du CHW ; et clarification du rôle du CHW. Plusieurs équipes indiquent que ce sont les travailleurs sociaux plutôt que les prestataires de soins qui leur adressent les personnes ayant besoin d'assistance.

Outre les partenariats fructueux, plusieurs aspects rendent plus difficiles ces collaborations entre le projet CHW et les organismes de santé et d'aide sociale : tant du côté des organisations partenaires que du côté du projet CHW. Du côté des organisations partenaires, les équipes ont indiqué, entre autres, les obstacles suivants à la collaboration : manque de temps de la part des prestataires de soins et des travailleurs sociaux ; refus de patients chez les médecins et les centres de santé de quartier ; manque de personnel; attitude et connaissances linguistiques d'un prestataire de soins ou d'un travailleur social; flux d'informations inexistant ou limité; marge limitée dont disposent les collaborateurs pour faciliter les coopérations. Du côté du projet CHW, les équipes soulignent notamment les obstacles suivants : connaissance limitée du rôle du CHW ; mission et vision peu claires; et, dans certains cas, marge insuffisante pour faciliter et maintenir les collaborations à cause des fonctions déjà bien remplies des CHW. La collaboration mutuelle limitée entre les organisations de quartier constitue également un obstacle à la mise en place de partenariats réussis, tout comme la répartition des compétences entre le gouvernement fédéral et les autorités régionales, et les possibilités limitées de partage d'informations. Les programmes CHW sont façonnés en partie par le cadre juridique et politique dans lequel ils opèrent (Lewin, Lehmann et al. 2021). Il ressort du questionnaire et de l'atelier CHW-AIM qu'il serait intéressant de voir si les tâches des CHW pourraient être élargies au-delà des compétences fédérales. Par exemple, l'attention portée à la prévention pourrait être très précieuse à l'avenir. Les programmes CHW étrangers font état de nombreux exemples de CHW menant avec succès des activités de promotion et de prévention de la santé (Santos and Albuquerque 2023). La littérature montre que les CHW peuvent aussi faire la jonction entre les aspects préventifs et curatifs (Perry, Chowdhury et al. 2021). Le Livre blanc sur l'accessibilité des soins de santé en Belgique souligne également l'importance de mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé : « Miser sur la prévention et la promotion de la santé est donc nécessaire pour réduire les inégalités en santé, mais il faut ensuite se concentrer en priorité sur les groupes de population les plus vulnérables et adopter une approche intersectorielle et multidisciplinaire ». (RIZIV and Dokters van de Wereld 2014: p. 9)

Malgré le fait que les CHW sont de plus en plus connus dans les quartiers, les équipes ont indiqué qu'il est important de continuer à faire connaître le rôle des CHW tant auprès du groupe cible que des organisations locales de quartier afin de faciliter davantage l'intégration et la coopération. Il ressort de l'enquête quantitative qu'un peu plus de la moitié (54,9 %) des travailleurs sociaux et un peu moins de la moitié des prestataires de soins (45,2 %) comprennent assez bien ou très bien le rôle du CHW. En cas de connaissance insuffisante des activités des CHW, la collaboration est plus difficile ou on constate que les organisations elles-mêmes sont réticentes à former un partenariat. De plus, les équipes ont indiqué qu'il est utile de se concentrer davantage sur l'optimisation des collaborations avec les organisations partenaires de diverses manières, par exemple : en désignant un interlocuteur permanent au sein d'une organisation ; en définissant des accords de coopération concrets ; en améliorant la communication ; en reconnaissant la collaboration par le biais d'un certificat de coopération.

Toutes les équipes ont indiqué qu'il serait utile de travailler plus étroitement avec les prestataires de soins ou les organismes de soins de santé - sans perdre l'importante position indépendante qu'occupent aujourd'hui les CHW. Elles pensent ici surtout aux acteurs des soins de première ligne, mais par extension certaines équipes voient également pour les CHW un rôle potentiel de passerelle entre les soins de première et de deuxième ligne. Les équipes considèrent qu'il serait intéressant d'élargir la collaboration à l'avenir, non seulement en ce qui concerne les prestataires de soins, mais aussi les travailleurs sociaux. Parmi les points de facilitation susceptibles de favoriser les collaborations, citons: bonne communication et concertation; rationalisation du partage d'informations ; ouverture du partenaire vers le groupe cible ; interlocuteur/point de contact fixe et plus grande sensibilisation et reconnaissance du rôle des CHW par les CHW eux-mêmes ainsi que par les coaches, les coordinateurs et le monde politique. Les équipes indiquent également les problèmes qui doivent être traités dans le cadre plus large afin de faciliter le fonctionnement des CHW ainsi que les collaborations : suppression des listes d'attente ; recours aux interprètes ; simplification de l'administration lors des demandes de primes et d'interventions ; et simplification des orientations entre les prestataires de soins de première ligne et les prestataires de soins spécialisés. À l'avenir, nous devrions nous concentrer sur les collaborations actuelles avec les prestataires de soins et réfléchir avec les acteurs concernés sur la manière dont celles-ci peuvent être optimisées.

1.5. Matériel de support

Le matériel de support est essentiel pour la bonne exécution des tâches du CHW (Crigler, Hill et al. 2013, Schleiff, Aitken et al. 2021). Les CHW ont reçu du matériel informatique pour soutenir leurs opérations, ainsi que du matériel de protection contre le COVID-19. Ils ont également reçu des dépliants et des bannières pour s'identifier en tant que CHW. Cependant, les CHW ont indiqué que ceux-ci n'étaient pas de très bonne qualité. En plus de recourir au matériel d'autres organisations pour étayer leurs activités, les équipes utilisent également leur propre matériel pour entrer en contact avec les personnes du groupe cible, pour se faire connaître, ainsi que pour soutenir leurs activités. Il est recommandé qu'au cours de la troisième année, ce propre matériel ainsi que celui provenant d'autres organisations soient recensés, évalués de manière critique et qu'un ensemble de base soit fourni à tous les CHW des différentes régions.

Les équipes signalent divers défis informatiques, y compris des difficultés avec les connexions VPN ou l'absence d'accès à *WhatsApp*. L'accès à un local privé et à une imprimante a déjà été amélioré par rapport à la première année, mais la situation peut encore être optimisée. Il est important de continuer à se concentrer sur le matériel de communication et sur le budget pour faire connaître le projet CHW et le rôle des CHW.

1.6. Données

L'Organisation mondiale de la santé souligne l'importance de collecter les données relatives aux services fournis par les CHW (World Health Organization 2018), tout en prêtant attention à : « réduire la charge de travail liée à la création des rapports et harmoniser les exigences en matière de données ; assurer la confidentialité et la sécurité des données ; doter les CHW des compétences requises par le

biais de la formation ; et leur fournir un retour d'information sur leurs performances sur la base des données collectées »(World Health Organization 2018: p. 54). Au cours de la deuxième année, l'accent a été mis sur le développement d'un nouvel outil d'enregistrement qui vise en premier lieu à soutenir les activités des CHW. En deuxième et en troisième lieu, cet outil d'enregistrement vise à favoriser le suivi des coaches ainsi qu'à optimiser la création de rapports. En raison de la priorité accordée à la collecte des données soutenant les activités des CHW, tous les indicateurs – tels qu'énumérés par le « Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project » aux États-Unis (Rodela, Wiggins et al. 2021) – n'ont pas pu être mis en œuvre de manière aussi complète. Vous trouverez les résultats de l'outil d'enregistrement quotidien sous : « 2.2. Profil des personnes qui assistent les CHW » et indicateurs 2, 3, 7 et 8 dans le chapitre Résultats – sur la base des travaux du « Community Health Worker (CHW) Common Indicators Project » aux États-Unis (Rodela, Wiggins et al. 2021).

L'outil d'enregistrement a été développé en concertation avec les CHW, les coaches et les coordinateurs. Des instructions et des explications sur l'outil d'enregistrement ont été prodiguées lors d'une séance d'information en vue d'un enregistrement uniforme. Le questionnaire et l'atelier CHW-AIM ont fait part d'avis partagés sur l'outil d'enregistrement, et les équipes ont évoqué à la fois les avantages et les inconvénients de ce nouvel outil. En ce qui concerne les avantages, les équipes ont indiqué que l'outil d'enregistrement est efficace et clair, contient des questions précises, est mieux adapté au travail des CHW que l'outil d'enregistrement de la première année et fournit un soutien aux activités des CHW. En ce qui concerne les inconvénients, les équipes mentionnent qu'une connexion VPN doit d'abord être établie et qu'il n'y a pas d'application pour smartphone disponible, ce qui nuit à un enregistrement aisé. Un coordinateur a également indiqué que l'utilisation de l'outil pour le suivi des équipes n'est pas facile en raison de la complexité de l'extraction des données.

L'outil d'enregistrement est un pas important dans la bonne direction. Les équipes ont apporté des suggestions supplémentaires sur la manière dont il pourrait être encore optimisé à l'avenir – en concertation avec les CHW. Les CHW ont, par exemple, indiqué que la subdivision des rôles n'est pas toujours claire pour les consigner dans l'outil d'enregistrement. Par exemple, des sous-rôles, tels que décrits au chapitre I, pourraient être inclus dans l'outil d'enregistrement pour affiner davantage la collecte des données. D'autre part, l'enregistrement des besoins en matière de santé et l'utilisation des soins de santé devraient être mis au point. Une formation complémentaire peut s'avérer utile, notamment pour expliquer pourquoi certaines données sont collectées. Il a été noté à cet égard que la formation sur l'outil d'enregistrement devrait également être davantage axée sur la pratique. De plus, les équipes ont déclaré qu'il pourrait être intéressant de voir si les informations peuvent être partagées en toute sécurité entre les CHW et les prestataires de soins. Au cours de la troisième année, des efforts supplémentaires devraient être déployés en vue d'un enregistrement uniforme dans toutes les régions et toutes les équipes. Des difficultés ont également été rencontrées pour contacter le service d'assistance informatique. Les équipes estiment qu'un point de contact direct auprès du support informatique serait très précieux à l'avenir.

1.7. Supervision

La littérature scientifique internationale souligne l'importance d'une bonne surveillance (World Health Organization 2018, Westgate, Musoke et al. 2021). Chaque équipe CHW bénéficie d'un

coaching par un coach. Au cours de la deuxième année, toutes les équipes ont tenu une réunion d'équipe hebdomadaire, au cours de laquelle les questions suivantes ont été abordées : feed-back sur les activités dans les quartiers ; questions pratiques ; discussion de cas ; données d'enregistrement ; difficultés sur le terrain ; et changements sur le terrain. La plupart des CHW ont également bénéficié d'un suivi individuel du coach lors d'un entretien en tête-à-tête. Les données quantitatives nous apprennent que les CHW déclarent avoir reçu surtout une supervision au niveau de la pratique et ensuite au niveau de l'administration. C'est à la supervision sur le terrain que les coaches ont consacré le moins de temps. Le questionnaire et l'atelier *CHW-AIM* mentionnent en outre que la présence du coach sur le terrain varie fortement d'une ville à l'autre. À l'horizon de la troisième année, il serait intéressant d'examiner s'il est possible de se consacrer davantage à la supervision sur le terrain afin d'améliorer encore la qualité de l'assistance des CHW et de contrôler de plus près la qualité des services fournis par les CHW (Westgate, Musoke et al. 2021).

Certaines équipes citent des défis liés à la gestion du temps, à la charge de travail, à la fixation des limites et à la charge mentale du travail pour les CHW. En tant que coach, il est important d'accorder une attention soutenue au bien-être mental des CHW ainsi qu'à l'utilisation des compétences des individus, et de stimuler de nouvelles idées au sein des équipes. Des intervisions sont également recommandées entre les équipes des différentes régions. Selon les équipes, le fait que le CHW puisse lui-même contacter le service du personnel constitue un autre point à développer.

Comme indiqué dans la littérature scientifique (Westgate, Musoke et al. 2021), les coaches du projet belge effectuent diverses tâches. Ces rôles du coach ont été explicités lors de la deuxième année (cf. Chapitre I). Bien qu'il soit essentiel pour le succès d'un programme CHW que les CHW bénéficient d'un bon soutien de la part de leurs coaches, la littérature déclare également sans équivoque que ces coaches ont eux-mêmes besoin de soutien (Westgate, Musoke et al. 2021). L'enquête quantitative montre que les coaches sont globalement satisfaits du suivi par les coordinateurs. Ils ont néanmoins indiqué qu'ils aimeraient recevoir un soutien supplémentaire dans leur travail, par exemple, par le biais d'une formation complémentaire ou d'un budget de teambuilding.

1.8. Rémunération

La littérature scientifique internationale souligne l'importance de bonnes conditions de travail (Colvin, Hodgins et al. 2021, Perry, Chowdhury et al. 2021) avec une référence spécifique à la compensation financière des CHW selon « les exigences de la fonction, la complexité, le nombre d'heures, la formation et les tâches qu'ils assument » (World Health Organization 2018: p. 47). En plus d'un salaire, les CHW perçoivent également une indemnité kilométrique, le remboursement des transports en commun, une indemnité de repas, une prime de fin d'année et des congés payés. Les horaires flexibles et le soutien du coach sont également perçus comme des avantages supplémentaires, tout comme la satisfaction des clients et partenaires et la solidarité des collègues. La reconnaissance par la communauté, les collègues CHW et les acteurs des soins de santé représente également un facteur de motivation important pour les CHW dans les programmes étrangers (Colvin, Hodgins et al. 2021). D'autres avantages que les CHW aimeraient recevoir à l'avenir comprennent : indemnité de travail à domicile ; accès à un vélo (électrique) ; accès à internet sur l'ordinateur portable du CHW ; congé lors

des fêtes islamiques ; formations complémentaires ; chèques-repas et/ou des écochèques ; prime de risque ; plus de jours de vacances ; et pension complémentaire.

Les CHW et les coaches constatent que la rémunération ne correspond pas toujours au travail des CHW et des coaches — notamment en raison de la charge de travail élevée et des exigences professionnelles telles que la flexibilité, les cas difficiles et complexes, et la responsabilité. Les CHW estiment également que l'expérience professionnelle, la formation ou l'expérience de vie antérieures ne sont pas suffisamment prises en compte dans le salaire perçu. Ce constat est conforme à la littérature scientifique internationale dans laquelle les CHW déclarent avoir l'impression d'être souspayés « et que leur rémunération ne reflète pas adéquatement le temps et les efforts qu'ils y consacrent » (Colvin, Hodgins et al. 2021: p. 5). De plus, diverses équipes ont indiqué vouloir une perspective à plus long terme en pérennisant le projet CHW. Vers la fin de la deuxième année du projet, une prolongation de trois ans du projet CHW a été approuvée. La littérature internationale souligne l'importance de continuer à examiner les rémunérations pour s'assurer qu'elles correspondent toujours aux circonstances actuelles et changeantes du programme CHW (Colvin, Hodgins et al. 2021).

1.9. Accréditation

Les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé indiquent que la reconnaissance formelle basée sur les compétences présente de nombreux avantages (World Health Organization 2018), « dont l'augmentation de l'estime de soi des CHW et le respect qu'ils reçoivent des autres travailleurs de la santé »(Schleiff, Aitken et al. 2021: p. 22). À l'heure actuelle, il n'existe aucune formation CHW officiellement reconnue en Belgique. Au début de leur emploi, les CHW ont reçu une formation de base — qui n'est ni reconnue ni accréditée. Les CHW participants n'ont donc pas reçu de certificat de participation ou de diplôme attestant de leurs compétences. Cependant, toutes les équipes ont convenu qu'il serait utile de délivrer un certificat reconnaissant l'expérience professionnelles des CHW sur le terrain.

À l'avenir, une formation de base accréditée avec contenu et composantes pratiques est considérée comme une voie intéressante par les CHW et les coaches. Un tel certificat ou diplôme est perçu comme une valeur ajoutée pour valoriser la carrière, reconnaître le travail du CHW et offrir de nouvelles perspectives de carrière. Presque toutes les équipes estiment que la formation continue est importante. Il est toutefois important de noter que cette formation doit être accessible à la fois aux personnes avec et sans formation préalable ou expérience professionnelle, et être adaptée à la diversité des besoins des CHW. Cette préoccupation figurait également dans une étude récente sur l'accréditation aux États-Unis. Les auteurs ont constaté que certains CHW soutenaient l'idée de l'accréditation, tandis que d'autres craignaient qu'elle nuise à leur identité en tant que CHW et entrave le travail avec la communauté (Kissinger, Cordova et al. 2022). Pour répondre à ces préoccupations, cette étude recommande un « processus de certification volontaire » « avec plusieurs voies pour surmonter les obstacles des processus de certification traditionnels, préserver l'identité des CHW et protéger la diversité au sein du personnel » (Kissinger, Cordova et al. 2022: p. 1). Les auteurs soulignent en outre l'importance d'impliquer les CHW dans l'élaboration de ces processus d'accréditation (Kissinger, Cordova et al. 2022). A l'avenir, il peut être intéressant de prendre en

compte les enseignements de l'étude américaine pour concevoir l'accréditation dans le contexte belge – en concertation avec les CHW.

1.10. Opportunités de carrière

Les CHW ont indiqué que cette expérience professionnelle est très instructive en termes de compétences, de connaissances et de création de réseau. De plus, les CHW y voient également une opportunité précieuse pour leur future carrière. La littérature scientifique internationale préconise un engagement supplémentaire envers le développement personnel et la croissance professionnelle, ainsi qu'un sens de l'autonomie (Colvin, Hodgins et al. 2021). Les CHW ont déclaré vouloir continuer à évoluer en tant que CHW professionnels grâce à une formation complémentaire.

Outre la rémunération, la satisfaction au travail, la clarté des rôles et la supervision de soutien, la littérature internationale nous enseigne que les opportunités de carrière peuvent également être une source importante de motivation pour les CHW (Colvin, Hodgins et al. 2021). Au moment du questionnaire et de l'atelier *CHW-AIM*, la prolongation du projet CHW n'était pas encore connue. Presque toutes les équipes CHW ont indiqué alors qu'il n'existait pas d'opportunités de carrière au sein du projet CHW, à l'exception de la possibilité d'être promu coach dans certaines équipes. De plus, ils ont indiqué espérer que le projet soit maintenu. Lors de l'approbation de la prolongation du projet, les équipes ont indiqué qu'il serait utile de proposer des contrats à durée indéterminée et davantage d'opportunités d'évolution ou d'assumer plus de responsabilités. Une équipe de discussion de l'atelier a ajouté qu'il serait également utile de prévoir davantage d'opportunités de carrière « latérales » basées sur ces compétences, permettant aux CHW d'assumer d'autres tâches, telles que la formation ou la participation à l'élaboration de la politique. En ce qui concerne l'avenir du projet CHW, l'un des principaux objectifs consiste à établir une stratégie de croissance et de développement des CHW afin que ceux-ci aient la possibilité de se développer grâce à une structure de carrière claire (Schleiff, Aitken et al. 2021).

2. Conclusion

Alors que le rapport de la première année (Masquillier, Cosaert et al. 2022) était fortement axé sur une recherche qualitative approfondie avec un groupe limité de CHW, coaches et personnes du groupe cible, le rapport de cette deuxième année donne à tous les CHW et aux coaches l'occasion de partager leurs expériences et leur vision de l'avenir. Par exemple, tous les CHW et coaches ont été invités à participer au questionnaire préparatoire de l'atelier *CHW-AIM* et (Ballard, Bonds et al. 2018) aux enquêtes quantitatives – sur la base du travail de collègues aux États-Unis (Rodela, Wiggins et al. 2021). Les leçons tirées de cette transposition du « CHW Common Indicators Project » ont été communiquées à l'équipe américaine afin que les travaux de recherche de ce rapport puissent contribuer à l'amélioration des indicateurs internationaux pour les CHW.

En 2022, les CHW ont enregistré 4 901 personnes individuelles. Parmi celles-ci, ils ont indiqué que 461 personnes sont entrées en contact avec le CHW par le biais d'une intervention de groupe. Au total, 20 785 personnes ont été contactées par le biais d'interventions de groupe. Un nombre presque égal d'hommes et de femmes bénéficient d'assistance, avec une petite majorité d'hommes. Les

données quantitatives montrent que les CHW touchent principalement les personnes à faible statut socio-économique. Les trois quarts des personnes prises en charge par les CHW indiquent qu'il est difficile à très difficile de joindre les deux bouts avec les revenus de leur ménage. Un peu plus d'un tiers des personnes prises en charge par les CHW n'ont aucune formation. Les personnes bénéficiant d'assistance étaient de 109 nationalités différentes. L'obstacle le plus couramment rencontré par ces personnes pour accéder aux soins était la paperasserie administrative, suivie par une connaissance limitée du système de santé et des droits, la barrière linguistique et les obstacles financiers.

En moyenne, une personne a reçu 3,25 interventions individuelles. D'autre part, les CHW ont enregistré 1 186 interventions de groupe avec une moyenne de 17,53 participants par intervention. Dans le cadre des interventions, les CHW pouvaient enregistrer les actions. Au total, 19 600 actions ont été enregistrées par les CHW, dont 567 ont été annulées et reprogrammées. Sur les 19 033 actions réalisées, les CHW ont indiqué qu'ils jouaient essentiellement le rôle de « créer des liens entre les individus, les communautés et les acteurs de santé », suivi de près par « l'encadrement et le soutien social » et « la navigation dans le système de santé » (cf. Chapitre I). Lors d'un entretien avec les CHW, il est clairement apparu que cette subdivision n'est pas toujours aussi nette et que l'enregistrement n'était donc pas toujours réalisé de manière optimale et sans ambiguïté dans toutes les régions.

En 2022, le projet s'est appuyé sur les bases posées la première année, en se concentrant notamment sur la clarification des rôles du CHW et du coach, ainsi que sur les premières mesures d'une politique de signaux structurels et l'élaboration d'un nouvel outil d'enregistrement — le tout en concertation avec les CHW. Ces aspects sont très importants pour l'amélioration future des programmes CHW (Lewin, Lehmann et al. 2021). Et ils devraient être renforcés au cours de la troisième année. Il est donc recommandé d'affiner les rôles qui ont été développés en concertation avec les CHW, de les expliquer davantage lors de la formation des CHW et des coaches, de les communiquer aux personnes du groupe cible et aux acteurs des soins, de les optimiser dans l'outil d'enregistrement, ainsi que de lier les tâches et les compétences de base à ces rôles et d'ajuster la formation en conséquence. En ce qui concerne l'optimisation de l'outil d'enregistrement, il est important de l'adapter en concertation avec les CHW, par exemple pour recenser les besoins en matière de santé et l'utilisation des soins d'une manière accessible. Une formation complémentaire ainsi que des sessions d'échange entre les régions sont également nécessaires pour favoriser l'enregistrement uniforme. Au cours de la troisième année, il est important de compléter la politique des signaux structurels et de l'optimiser sur la base de l'expérience sur le terrain.

À l'échelle internationale, l'accent est mis sur la poursuite de la professionnalisation des programmes CHW, en particulier sur une bonne rémunération, la supervision, la formation et le matériel de soutien (Community Health Impact Coalition 2023). Dans ce contexte de professionnalisation, il est important de reconnaître et de renforcer les « *indigenous knowledge* » à côté des « connaissances techniques ». Il s'agit des connaissances et des compétences acquises grâce à l'expérience de vie des CHW en ce qui concerne « les normes culturelles et les ressources et besoins en matière de santé de leur communauté » (Pinto, da Silva et al. 2012: p. 2). Une offre de formation approfondie à l'attention des CHW et des coaches – en veillant à reconnaître et renforcer cette expérience vécue des CHW – constitue un axe de travail important pour la troisième année. Il est également important de se concentrer sur les questions suivantes à l'avenir : (1) examiner plus en détail comment la communauté

peut s'impliquer davantage dans le projet CHW; (2) recenser, évaluer de manière critique et optimiser le matériel de support dans toutes les régions; (3) élaborer un plan de développement pour le renforcement des compétences, adapté à chaque CHW; (4) développer l'accréditation et les opportunités de carrière; (5) apporter un soutien supplémentaire aux coaches et voir comment les coaches pourraient suivre mieux encore la qualité du service fourni par les CHW; (6) se concentrer sur l'établissement de liens avec les soins de santé primaires; et (7) affiner la mission et la vision du projet CHW. Pour relever ces défis, il est important de continuer à se concentrer sur l'engagement des CHW et de faciliter les échanges entre les régions afin d'apprendre les uns des autres et se renforcer mutuellement.

Le projet a été prolongé de trois ans à la fin de 2022, ce qui constitue une étape importante dans l'élaboration d'un cadre CHW durable. D'un point de vue politique, il faudrait s'engager davantage dans une vision politique à long terme et un financement durable pour renforcer le travail des CHW afin qu'ils puissent continuer à soutenir les personnes vivant dans des conditions sociales vulnérables dans leur accès aux soins (Masquillier and Cosaert 2022, Wintrup 2022). En effet, le besoin d'assistance persistera et pourrait s'accroître avec l'évolution des conditions économiques et des mouvements migratoires.

VI. Bibliographie

- 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.
- American Public Health Association (2014). "Support for community health worker leadership in determining workforce standards for training and credentialing." Policy Statement 201414.
- Ballard, m., m. Bonds, j. Burey, h. s. f. Dini, j. Foth, r. Furth, k. Fiori, i. Holeman, t. Jacobs, a. Johnson, n. Kureshy, j. Lyons, s. Malaba, p. Palazuelos, m. Raghavan, a. Rogers, r. Schwarz and j. Zambrun. (2018). "CHW AIM: UPDATED PROGRAM FUNCTIONALITY MATRIX FOR OPTIMIZING COMMUNITY HEALTH PROGRAMS.."
- Ballard, M., H. E. Olsen, A. Millear, J. Yang, C. Whidden, A. Yembrick, D. Thakura, A. Nuwasiima, M. Christiansen and D. J. Ressler (2022). "Continuity of community-based healthcare provision during COVID-19: a multicountry interrupted time series analysis." BMJ open 12(5): e052407.
- Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (2022). DOC 55 2934/012: Algemene Beleidsnota Volksgezondheid. Brussel: 102.
- Cheng, L. J., R. L.-Y. Tan and N. Luo (2021). "Measurement properties of the EQ VAS around the globe: a systematic review and meta-regression analysis." Value in Health 24(8): 1223-1233.
- 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.
- Community Health Impact Coalition (2023). Annual Report 2022: p. 33.
- Crigler, L., K. Hill and R. Furth (2013). "Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix." Bethesda, MD: USAID Health Care Improvement Project.
- Eerstelijnszone Gent. (2022). "Beleidssignalen." from http://www.beleidssignalen.be/index.php/signalenproces.
- Furth, R. and L. Crigler (2012). "Improving CHW program functionality, performance, and engagement: operations research results from Zambia." Research and evaluation report. USAID health care improvement project.
- 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.
- 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.
- Hoffman, E. (2002). Interculturele gespreksvoering: theorie en praktijk van het TOPOI model, Bohn Stafleu van Loghum.
- Kickbusch IL, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. The solid facts: Health literacy. Denmark: The World Health Organisation Regional Office for Europe. 2013.
- Kissinger, A., S. Cordova, A. Keller, J. Mauldon, L. Copan and C. S. Rood (2022). "Don't change who we are but give us a chance: confronting the potential of community health worker certification for workforce recognition and exclusion." Archives of Public Health 80(1): 1-13.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.
- Masquillier, Cosaert and Wouters (2022). Community health workers in België rapport 2021.
 University of Antwerp. Antwerp: 150.
- Masquillier, C. and T. Cosaert (2022). "Community health workers: A sustainable health system innovation or just an emergency response?" Frontiers in Public Health 10.
- Nutbeam, Don. "The evolving concept of health literacy." Social science & medicine 67, no. 12 (2008): 2072-2078.
- Olaniran, A., A. Banke-Thomas, S. Bar-Zeev and B. Madaj (2022). "Not knowing enough, not having enough, not feeling wanted: Challenges of community health workers providing maternal and newborn services in Africa and Asia." Plos one 17(9): e0274110.
- Olaniran, A., H. Smith, R. Unkels, S. Bar-Zeev and N. van den Broek (2017). "Who is a community health worker?—a systematic review of definitions." Global health action 10(1): 1272223.
- 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.
- Pinto, R. M., S. B. da Silva and R. Soriano (2012). "Community health workers in Brazil's Unified Health System: a framework of their praxis and contributions to patient health behaviors." Social science & medicine 74(6): 940-947.
- Rapp, C. A., D. Saleebey and W. P. Sullivan (2006). "The future of strengths-based social work." Advances in social work: Special issue on the futures of social work 6(1): 79-90.
- RIZIV and Dokters van de Wereld (2014). Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Jo De Cock. Brussels, RIZIV: 18.
- 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.
- Santos, R. C. d. and P. C. d. Albuquerque (2023). "Community Health Workers: what do international studies tell us?" Ciência & Saúde Coletiva 28: 501-520.
- 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.

- The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project (2018). The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project: A Report of the C3 Project: Phase 1 and 2 Texas Tech University Health Sciences Center El Paso: 31.
- 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.
- Vlaams Instituut Gezondleven. (2022). "Sociale Determinaten van Gezondheid." from https://www.gezondleven.be/gezondheidsongelijkheid/sociale-determinanten-vangezondheid#:~:text=Wat%20zijn%20sociale%20determinanten%20van,belangrijke%20invloe d%20uitoefenen%20op%20gezondheid.
- 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.
- Wiggins, N., D. Johnson, M. Avila, S. A. Farquhar, Y. L. Michael, T. Rios and A. Lopez (2009).
 "Using popular education for community empowerment: perspectives of Community Health Workers in the Poder es Salud/Power for Health program." Critical Public Health 19(1): 11-22.
- Wintrup, J. (2022). "Health by the people, again? The lost lessons of Alma-Ata in a community health worker programme in Zambia." Social Science & Medicine: 115257.
- World Health Organization (2018). WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes, World Health Organization.