

Community health workers en Belgique

Rapport
2023



Universiteit
Antwerpen

Remerciements :

Les auteurs tiennent à remercier sincèrement tous les Community Health Workers, les coachs/superviseurs ainsi que les coordinateurs pour leur contribution à ce rapport et leur participation à l'étude.

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

Les auteurs :

Chapitre 1 : Mise en oeuvre du programme CHW en Belgique : mise à jour 2023

Apers Hanne & Mullié, Karen

Chapitre 2 : Recherche

Apers Hanne, Masquillier Caroline, Van Iseghem Tijs et Wouters Edwin

Chapitre 3 : Recueil de signaux structurels

Mullié Karen (sur la base des contributions des coachs et des coordinateurs)

Chapitre 4 : Accompagnement des CHW dans leur approche des assuétudes

Pauwels Debby, Deville Céline

Veillez-vous référer au rapport en tant que :

Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, community health workers en Belgique - rapport 2023, Université d'Anvers : Anvers, 132 p., ISBN : 9789057288272

Numéro de dépôt légal : D/2023/12.293/46

Illustration Couverture : Elise Buntinx

Préface

Chère lectrice, cher lecteur,

2023 a été une autre année passionnante. Nous avons renforcé notre équipe de *Community Health Workers* (CHW), de coachs et de coordinateurs et cela nous a permis de franchir des étapes importantes.

Cette année, nous avons également dû dire au revoir à notre collègue anversoise Benedict Mayuku. Benedict était aimé de tous et était une source de confiance pour ses collègues. Nous nous souviendrons toujours de lui comme d'un CHW engagé, qui a eu une grande influence sur nous tous.

J'aimerais partager avec vous quelques-uns des faits marquants de l'année de travail qui vient de s'écouler :

- Le **projet a été prolongé**, cette fois non pas d'un an mais de trois ans. Il s'agissait d'une étape importante pour mettre en place certaines mesures structurelles visant à rendre la fonction de *Community Health Worker* plus durable dans le paysage de la santé et de l'aide sociale ainsi que pour assurer une plus grande stabilité aux personnels motivés et impliqués dans ce projet.
- Avec une équipe enthousiaste composée de membres du comité de pilotage et de coordinateurs, nous nous sommes lancés dans l'**exercice de la mission et de la vision** du programme CHW. Cet exercice stratégique devrait garantir une direction claire et distincte que nous voulons donner au programme. L'année prochaine, nous allons *tester les résultats* avec nos *CHW et coachs*.
- Les nombreuses **présentations et conférences, tant nationales qu'internationales**, au cours desquelles nos CHW ont pris la parole et présenté fièrement leur travail, ont été autant de moments forts. Les réactions positives qu'ils ont reçues à chaque fois leur ont fait chaud au cœur.
- **Les prix** que certains CHW ont pu recevoir dans la ville où ils travaillent ont également constitué une belle reconnaissance du travail précieux qu'ils accomplissent.
- Les **deux journées de rencontre**, au cours desquelles nous avons réuni tous les *CHW* au-delà des frontières de leur équipe et/ou de leur région, ont été très enrichissantes, avec des ateliers et des discussions sur des thèmes qui nous concernent tous, tels que la collaboration et le travail de *proximité*. À chaque fois, il s'agissait également de moments importants de connexion qui ont renforcé l'esprit d'équipe.
- **La collaboration** reste un élément indispensable de l'action des CHW. Nous nous sommes appuyés sur les collaborations existantes et en avons conclu de nouvelles. Nous avons également fait le lien avec les projets de soins intégrés. Pour la recherche d'UAntwerpen, l'accent a été mis cette année sur les collaborations et les outils, dont les résultats nous inspireront à nouveau l'année prochaine dans notre travail.
- Notre premier **recueil** provisoire **de signaux structurels** se trouve également dans ce rapport.
- Et nos **coordinateurs en matière d'assuétude** ont rejoint le programme cette année.

Tous ces succès et réalisations sont principalement dus au travail acharné de toute notre équipe. Nous avons fait de beaux progrès cette année et je voudrais remercier tous les *CHW*, les coachs, les coordinateurs et les membres du comité de pilotage pour leur énergie et leur engagement à faire avancer le programme CHW.

Nous avons déjà de grands projets et de belles perspectives pour 2024, notre histoire n'est certainement pas terminée.

Je vous remercie tous pour cette année exceptionnelle. J'ai hâte de repousser les limites avec vous tous en 2024.

Karen Mullié
Coordinatrice fédéral programme CHW

Table des matières

Préface.....	3
Introduction.....	7
Objectif et structure du rapport.....	7
Le programme des Community Health Workers en bref	7
Objectif du programme CHW	8
CHAPITRE 1 Mise en œuvre du programme CHW en Belgique : mise à jour.....	9
1. Définitions et descriptions des rôles	10
1.1. Définition CHW	10
1.2. Description du rôle du CHW, du coach et du coordinateur	10
2. Suivi des signaux structurels sur l'accessibilité aux soins de santé	11
2.1. Cadre politique	11
2.2. Procédure	12
3. Les CHW sous les projecteurs.....	13
3.1. Prix.....	13
3.2. Présentations et conférences	14
3.3. Les médias	15
4. Changements dans le cadre structurel.....	17
4.1. Changements dans la structure de gouvernance.....	17
5. Changements dans les ressources humaines.....	21
5.1. Recrutement.....	21
5.2. Formation	22
5.3. Réunions, intervision et rencontres	25
5.4. Frais	27
5.5. Opportunités de carrière.....	27
5.6. Prévention	28
6. Changements dans les supports de gestion.....	28
6.1. Soutien logistique	28
6.2. Outil d'enregistrement	29
7. Changements dans la mise en œuvre sur le terrain.....	34
7.1. Élargissement du champ d'action des CHW	34
7.2. Collaborations (à différents niveaux du programme)	35
CHAPITRE 2 Rapport de recherche.....	36
1. Mise en contexte dans la littérature scientifique	37
1.1. Collaborations.....	37
1.2. Outils.....	40

1.3. Questions d'étude	41
2. Méthodologie	41
2.1. Approbation éthique	41
2.2. Consentement éclairé.....	41
2.3. Recherche à méthodes mixtes	41
2.4. Sélection des personnes interrogées	43
2.5. Collecte et analyse des données	43
3. Résultats	44
3.1. Collaborations au niveau fédéral.....	44
3.2. Collaborations au niveau régional.....	45
3.3 . Collaborations au niveau local.....	48
3.4. Outils.....	64
3.5. Outils actuels	64
3.6. Besoins et souhaits	66
3.7. Résultats de la séance de feedback.....	67
4. Discussion	68
4.1. Collaborations	68
4.2. Outils.....	74
5. Limites de l'étude	74
6. Recommandations.....	75
6.1. Recommandations sur les collaborations	75
6.2. Recommandations en matière d'outils	76
7. Références.....	77
CHAPITRE 3Recueil sur les signaux structurels.....	81
1. La numérisation favorise involontairement l'exclusion.	82
2. Réduction des services physiques et utilisation de menus en cas de contact téléphonique	84
3. Insuffisance de l'offre de soins spécialisés à un prix abordable	86
4. Nombre insuffisant de médecins généralistes	89
5. Questions relatives à l'accessibilité des organisations	92
6. La mobilité constitue un défi majeur.....	95
7. Discrimination à l'encontre du groupe cible par les organismes de santé et de protection sociale	97
8. Absence/insuffisance de reconnaissance de la fonction des CHW par certains prestataires de services de santé et d'aide sociale.	98
9. Absence de soins adaptés à la culture.....	99
10. Soins aux réfugiés et aux personnes titulaires d'une carte médicale	100

11. Une attention insuffisante est accordée à des informations claires et utilisables dans la pratique, adaptées au groupe cible, sur le fonctionnement du système de soins de santé dans le cadre du processus d'intégration.	101
12. Aide à la prise en charge des parents isolés ayant des enfants handicapés.	102
CHAPITRE 4 Rapport sur l'assuétude.....	103
1. Coordination des assuétudes en Flandre: rapport 2023.....	104
1.1. Collecte d'informations	104
1.1.1. Retour d'informations de la part des coachs	104
1.1.2. Retour d'information de la part des CHW	105
1.2. Mise en réseau	108
1.3. Conclusion	110
2. Coordination des assuétudes en Wallonie et Bruxelles : rapport 2023.....	111
2.1. Contexte	111
2.2. Rapport narratif et chronologique des activités	111
2.3. Suivi des objectifs et axes du projet	120
2.4. Premiers signaux et recommandations.....	122
ANNEXES.....	124
Annexe 1 - Rôles du coordinateur fédéral et du coordinateur régional - en détail.....	124
Annexe 2 - Tableau "Les Community Health Worker sous les projecteurs" (CHWs in the spotlight).....	126
Annexe 3 - Tableau des cours (catégorisation thématique)	130

Introduction

Objectif et structure du rapport

Dans ce rapport, nous présentons les activités de la troisième année du programme pluriannuel Community Health Worker (CHW). Le rapport a plusieurs objectifs : dans une première partie, il donne un aperçu de la mise en œuvre du programme CHW en 2023 et des changements intervenus par rapport à l'année précédente, 2022. Dans une seconde partie, ce rapport se concentre sur les résultats d'une enquête portant sur les collaborations et l'utilisation d'outils dans le cadre du programme CHW. Le recueil de signaux structurels se trouve dans le troisième chapitre et le rapport 'Assuétudes et consommations' est discuté dans le quatrième et dernier chapitre.

Le programme des *Community Health Workers* en bref

(Ce qui suit présente brièvement le programme CHW et ses origines, en guise d'introduction à ce rapport. Pour une discussion plus détaillée, veuillez-vous référer aux rapports annuels précédents (Masquillier, Cosaert, & Wouters, 2022 ; Masquillier & Wouters, 2023) qui peuvent être consultés sur le site web, <https://www.chw-intermut.be/>. Ces documents fournissent un aperçu complet des origines du programme, de ses objectifs, etc.)

A l'initiative du Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Frank Vandebroucke, le programme " *Community Health Workers* en Belgique" a été approuvé par le Conseil des ministres fédéral le 15 janvier 2021. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et le Collège Intermutualiste National (CIN) ont été chargés d'élaborer le projet. Les *Community Health Workers* (CHW) sont partis travailler dans 10 villes de Flandre (Anvers, Genk, Gand, Ostende et Tirlemont), de Bruxelles, de Wallonie (Charleroi, Liège et Verviers-Dison) et de la communauté germanophone (Eupen et Kelmis). Après une évaluation positive en décembre 2021 et 2022, le Comité d'assurance de l'INAMI a décidé de prolonger le projet, cette fois-ci non pour un an mais directement pour trois années, c'est-à-dire jusqu'en décembre 2025. Cette décision essentielle a permis d'offrir aux employés une stabilité à moyen terme ainsi que la possibilité de s'attaquer aux problèmes plus structurels du programme.

Les CHW ont pour mission d'orienter les personnes en situation de vulnérabilité sociale vers et dans le système de santé belge, contribuant ainsi à réduire les inégalités en matière de santé. Ils rendent visite aux personnes et établissent des contacts pour les informer sur la santé et les soins de santé. Le CHW est lui-même un membre actif de la communauté et/ou entretient une bonne relation avec celle-ci et en a donc une connaissance approfondie. De plus, il jouit d'une grande confiance de la part de ses membres. Grâce à cette relation de confiance, le CHW assure la liaison entre les services de santé et d'aide sociale et les communautés des quartiers vulnérables. De plus, les CHW sont en mesure d'identifier et de signaler les obstacles auxquels sont confrontées ces communautés.

Pour que les CHW puissent remplir leur mission de manière optimale et apporter un soutien sur le terrain, une bonne supervision est très importante. Les équipes CHW sont donc assistées par des coachs, qui s'occupent de la gestion quotidienne. Dans chaque région, il y a un coordinateur régional qui gère les coachs et supervise l'opération dans toutes les villes de la région investies par le programme. Le programme est encadré par une équipe de projet, supervisée par le coordinateur fédéral, et un comité de pilotage fédéral. En outre, un comité d'orientation de l'INAMI assure le suivi du programme.

Objectif du programme CHW

En 2023, l'objectif et la mission principale du programme restent inchangés (pour en savoir plus, voir Masquillier & Wouters, 2023 page 8) et les efforts se poursuivent pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires des groupes vulnérables. La meilleure méthode consiste à faire appel à des CHW qui sont membres de la communauté dans laquelle ils travaillent ou qui ont un lien de confiance et une bonne connaissance de cette celle-ci. Les "groupes vulnérables" sont des personnes qui se trouvent au carrefour de différentes vulnérabilités qui s'entremêlent et peuvent se renforcer mutuellement. En raison de cette vulnérabilité sociale dans laquelle ils vivent, ils rencontrent toutes sortes d'obstacles dans leur accès aux soins de santé primaires, qui sont pour eux "difficiles à atteindre".

Pour atteindre cet objectif, le programme des CHW effectue les tâches suivantes :

1. Identifier les obstacles à l'accès aux soins et fournir un soutien adapté à chaque personne avec comme objectifs :
 - a. Encourager la reconnaissance par la personne elle-même de la nécessité de 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 dans les différentes étapes de l'accès aux soins.
2. Fournir des informations sur le système de santé et aider à s'y retrouver
3. Orienter les personnes vers des institutions de soins et d'aide sociale telles que les médecins généralistes, les dentistes, les mutualités, les services d'aide à l'enfance et à la famille, ...
4. Motiver, encourager et soutenir les groupes vulnérables à utiliser les services de santé en leur donnant confiance, en leur offrant une oreille attentive, en leur rappelant leurs rendez-vous et en assurant un suivi des rendez-vous.
5. Renforcer les compétences en matière de 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 la population cible.

En 2022, les équipes de CHW étaient en demande d'une mission et d'une vision claires du programme afin de faciliter notamment la communication avec les collaborateurs (potentiels). Par conséquent, en 2023, le comité de pilotage fédéral et l'équipe projet se sont réunis physiquement pendant deux jours pour définir une mission, une vision, des valeurs et une stratégie pour le programme CHW. Deux facilitateurs ont été engagés pour guider cet exercice. Dans la phase suivante, cette mission et cette vision, ainsi que les objectifs énoncés, seront vérifiés avec les CHW et les coachs et un plan d'action ciblé sera élaboré pour atteindre ces objectifs. Ce cadre stratégique constituera la base de toutes les actions ultérieures en 2024 et 2025.

CHAPITRE 1

Mise en œuvre du programme CHW en Belgique : mise à jour

La section suivante présente une mise à jour détaillée de la mise en œuvre du programme CHW en Belgique. L'année de travail écoulée a également été marquée par des développements et des ajustements significatifs afin de renforcer le rôle des CHW dans les différentes régions. Cette mise à jour donne un aperçu des progrès récents, des défis relevés et des stratégies déployées pour atteindre les objectifs fixés.

1. Définitions et descriptions des rôles

Cette section clarifie les définitions essentielles et les descriptions des rôles qui sont au cœur du programme CHW.

1.1. Définition CHW

Au cours de la deuxième année du programme (2022), une définition de "Community Health Worker" dans le contexte belge a été formulée avec les CHW, les coachs et les coordinateurs (cf. Masquillier & Wouters, 2023 page 7). Cette définition reste inchangée :

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 sociaux de la santé sur la vie des patients et sur les soins qui leur sont prodigués.

1.2. Description du rôle du CHW, du coach et du coordinateur

En réponse au manque de clarté des rôles au cours de la première année du programme, comme décrit dans le premier rapport (Masquillier et al., 2022), un travail important a été réalisé au cours de la deuxième année pour clarifier les descriptions du rôle des CHW et des coachs (voir Masquillier & Wouters 2023, page 9 et suivantes). En 2023, la description des rôles des CHW est restée inchangée, mais nous avons examiné la manière dont ils pourraient être saisis dans l'outil d'enregistrement afin de mieux refléter la réalité sur le terrain. Ces ajustements ont été discutés au sein d'un groupe de travail mixte, composé de CHW, de coachs et de coordinateurs de différentes régions. L'analyse complète est prête à être mise en œuvre efficacement dans l'outil d'enregistrement en 2024.

Le rôle du coach sont également resté inchangé. Il encadre les CHW de son équipe et est responsable de la gestion du personnel associé. En outre, il se concentre sur la construction et le maintien du réseau local de santé et de soins, et aide à développer le programme CHW en participant, entre autres, à des groupes de travail, en aidant au développement et à l'amélioration des procédures de travail ou en contribuant à la politique de signalisation structurelle, qui est développée plus avant et prend forme chaque année.

Une description de rôle des coordinateurs a également été ajoutée cette année. Comme le programme est déployé au niveau national et opère dans plusieurs régions belges, à savoir la Flandre, Bruxelles, la Wallonie et la Communauté germanophone, il nécessite une forte coordination à la fois au niveau

national (coordinateur fédéral) et au niveau régional (coordinateur régional). Les deux rôles de coordination contribuent de manière significative au programme. En effet, une approche standardisée et globale présente des avantages en termes de maintien d'une vue d'ensemble, de suivi et de planification des activités (Hodgins et al., 2021). Dans le même temps, une coordination régionale plus décentralisée peut garantir que les rôles et les tâches des CHW soient mieux adaptés aux besoins locaux de chaque région, avec ses propres contextes et ses groupes cibles (Glenton, Javadi, & Perry, 2021). Les rôles détaillés du coordinateur fédéral et du coordinateur régional figurent à l'annexe 1.

Au sein du groupe de travail Ressources humaines (RH) d'Intermut, une grille salariale pour la fonction de coordinateur a été élaborée sur base de cette description de fonction, qui a également été approuvée par l'équipe de direction d'IM asbl. Jusqu'à présent, ce poste était toujours occupé par un employé d'une des mutualités. Un montant forfaitaire a été prévu pour chaque coordinateur. Toutefois, le montant prévu pour la fonction de coordination ne couvre pas l'intégralité du coût salarial des coordinateurs, le solde étant pris en charge par la Mutualité chrétienne (CM), Solidaris et MLOZ, qui ont mis les coordinateurs à disposition. A partir de 2024, Houria Bounouch, qui travaille actuellement comme coach, passera au poste de coordinatrice régionale à Bruxelles. Etant salariée IM, l'employeur des CHW et des coaches, il était nécessaire d'établir un barème salarial pour la fonction de coordinateur. En principe, la fonction de coordinateur fédéral et de coordinateur régional pour la Wallonie et la Flandre continuera à être assurée jusqu'à la fin de 2025 par une personne employée par l'une des mutualités.

2. Suivi des signaux structurels sur l'accessibilité aux soins de santé

L'un des objectifs du programme CHW est d'identifier les problèmes structurels d'accessibilité aux soins de santé primaires. Ces signaux sont recueillis à partir des récits et des demandes d'aide reçues par les CHW et grâce à la collaboration avec un réseau solide.

En outre, 'Défendre les individus et les communautés' est l'un des 8 rôles des CHW. Il s'agit notamment des rôles suivants :

- Attirer l'attention des acteurs de la santé et des décideurs politiques sur les besoins et la vision des communautés en matière de santé en plaidant en faveur du changement social.
- Capter les signaux tels que les barrières structurelles ou les déficiences dans l'organisation du système de santé en suivant et en écoutant les personnes dans la communauté et en créant un environnement sûr pour que ces personnes puissent et osent exprimer leurs besoins et leurs préoccupations.
- Informer et sensibiliser les prestataires de soins et le personnel des organisations locales (p. ex. CPAS ...) sur les barrières communautaires en réponse à une demande individuelle de soutien.

Il est évident qu'un des défis à relever en 2023 était de poursuivre l'élaboration d'un plan d'action pour atteindre cet objectif et cette mission.

2.1. Cadre politique

Les CHW ont été confrontés à des problèmes structurels depuis le départ en 2021. Les rapports précédents ont déjà inclus certains signaux mais il était important de prévoir un processus pour que ces signaux puissent être rassemblés de manière plus structurée et communiqués aux décideurs politiques de manière plus efficace. L'objectif ultime est de rechercher ensemble des solutions et des améliorations qui profiteront à tous et, en premier lieu, aux personnes vivant au carrefour de différentes vulnérabilités.

Pour les CHW eux-mêmes, il est également très important de pouvoir remonter des signaux structurels et de savoir qu'ils sont transmis efficacement aux politiques. Dans leur pratique quotidienne, ils sont régulièrement confrontés à des questions sur lesquelles ils n'ont pas d'impact direct du fait de leur rôle, mais qui peuvent parfois être un obstacle à leur travail et l'évolution de la situation des bénéficiaires.

2.2. Procédure

La deuxième année du projet a été consacrée à étudier la méthodologie adéquate pour traiter ces signaux de manière structurée. Une stratégie a été élaborée pour enregistrer systématiquement les signaux émis par les CHW et les coachs. Au sein d'un groupe de travail composé de CHW, de coachs, de coordinateurs ainsi que d'un chercheur, une approche structurée a été mise en place, consistant en différentes phases avec différents responsables de la mise en œuvre pour chacune de ces phases (cf. Masquillier & Wouters, 2023).

Les premières étapes de ce processus ont été lancées en 2022 et affinées en 2023. Par exemple, le formulaire de notification rempli par le coach a été optimisé. Des thèmes généraux ont également été identifiés pour permettre un meilleur regroupement des signaux.

En outre, deux temps d'échanges enrichissants ont été organisés avec le département Experts du Vécu du Service public fédéral de l'Intégration sociale (POD MI) afin de mieux connaître la méthode de travail de chacun en ce qui concerne la saisie et le suivi des signaux structurels. Ce volet étant encore en plein développement pour les deux services, la coordination mutuelle sera certainement poursuivie en 2024 afin d'apprendre l'un de l'autre et, à terme, de voir comment les deux programmes peuvent se renforcer autour de cette mission.

En 2023, le processus est donc toujours en cours d'évolution et évoluera également en 2024. Certains signaux clés ont été rassemblés dans une première version "Recueil des signaux" qui indique si ces signaux sont relevés au niveau local, régional et/ou interrégional. Cet ensemble de signaux est présenté plus loin dans le présent rapport, chapitre 3.

3. Les CHW sous les projecteurs

En 2023 également, les CHW ont été régulièrement sous les projecteurs et de diverses manières. L'annexe 2 présente une vue d'ensemble détaillée des différents moments où les CHW ont été mis à l'honneur; certains moments clés sont mis en évidence ci-dessous.

3.1. Prix

L'année a commencé sur une note particulièrement positive, les CHW d'Anvers ayant reçu un prix lors du Gala van de Gouden Reusken à Borgerhout. Ce gala élit chaque année un héros local, et en 2023, c'était au tour des CHW.



Les CHW ont également été récompensés à Tirlemont : en mars, l'équipe locale de CHW a remporté le prix de la diversité culturelle 2023. Elle a reçu ce prix dans la catégorie "organisation qui contribue à un Tirlemont diversifié, participatif, inclusif et respectueux", pour laquelle plus de 900 habitants de Tirlemont ont voté.



3.2. Présentations et conférences

Le programme CHW a été mis en avant à plusieurs reprises lors de diverses présentations et conférences. Le 21 février, lors d'un webinaire organisé par Be.Hive dans le cadre de l'événement «Les midis scientifiques », l'opération a été présentée par le coordinateur fédéral et l'équipe bruxelloise des CHW. Y ont participé des chercheurs et des professionnels de première ligne, ainsi que des membres de l'AviQ et de Brusano.

Une semaine plus tard, le coordinateur flamand et un CHW ont présenté le programme au personnel de Solidaris Flandre lors de leur événement WeConnect. En mai, le projet a été mis en avant de diverses manières lors de la Conférence internationale sur les soins intégrés 2023 (ICIC23). Il y a eu, entre autres, un atelier dirigé par des CHW avec un représentant du kiosque de santé d'Anvers, avec lequel une belle collaboration a été créée, ainsi qu'avec l'Académie pour les soins primaires et Be.Hive qui, grâce à leur expertise en matière de soins intégrés, ont contribué à fournir une synergie et un contenu très appréciés. En outre, les résultats de l'étude 2021 Photovoice ont été présentés, ainsi qu'une vidéo dans laquelle un CHW est suivi dans son travail quotidien.

Dans le cadre de la Semaine européenne de la santé publique 2023, qui s'est déroulée du 22 au 26 mai, le coordinateur flamand des CHW a organisé une présentation et une table ronde lors de l'événement virtuel "Intersectionality and healthcare lessons learned from Resistiré" (Intersectionnalité et soins de santé - leçons tirées de Resistiré). En juin, Caroline Masquillier, chercheuse à l'UA, a représenté le programme CHW lors de deux événements internationaux aux États-Unis : le conseil consultatif du projet CHW Indicators et l'atelier annuel Global Community Health. Ces événements ont touché une variété d'universitaires, de décideurs politiques, de professionnels de la santé et d'autres parties intéressées dans le domaine. Le public international a également été touché en novembre par une présentation de poster à la conférence de l'American Public Health Association. Le 23 novembre, le coach de l'équipe CHW de Gand a fait une présentation intéressante lors du séminaire "Migration et santé mentale" (organisé par l'Institut de médecine tropicale et l'Université d'Anvers). Il y a expliqué non seulement le programme CHW, mais aussi l'initiative "Ericare", une thérapie de groupe sur la migration, le traumatisme et la résilience en tigrinya et en néerlandais. Cette initiative est née de la collaboration de l'équipe CHW de Gand avec Open Netwerk VZW. La chercheuse Hanne Apers et le CHW Iuliia Volokha de Tirlemont ont présenté le programme et les premiers résultats de la recherche 2023 lors de la conférence First Line du 28 novembre.



3.3. Les médias

Les CHW ont également été sous les projecteurs dans les médias numériques et papiers. Dans plusieurs interviews, les CHW expliquent les obstacles structurels à l'accès aux soins de santé, la nature de leur travail quotidien et les raisons pour lesquelles il est si crucial. Le premier numéro du magazine 2023 SAAMO, par exemple, a publié un article détaillé sur le travail des CHW à Ostende. Deux CHW d'Ostende, Roos et Najia, ont partagé leurs expériences dans une interview et ont même fait la couverture du magazine. En outre, Fanny, une assistante sociale basée à Bruxelles, a été interviewée pour le site web du CBCS, sous le titre "Des Community Health Workers pour pallier au non-recours". Olivier, CHW à Eupen et Kelmis, a également fait l'objet d'un article dans le magazine local "Kelmis Magazin". À Charleroi, un article de journal a été publié à l'occasion du prolongement du projet. Cet article soulignait la nécessité du travail des CHW et la manière dont l'équipe locale travaille.



Les facilitateurs en santé "pour se soigner sans trop dépenser"

RÉGION DE CHARLEROI
Le projet intermutuelles "Facilitateurs en santé" prolongé pour trois ans au moins.

C'est une bonne nouvelle pour les "facilitateurs en santé" de Charleroi, ceux répartis sur l'entière du pays mais surtout pour les personnes éprouvant

des difficultés à se faire soigner: le projet a été reconduit pour trois ans.

Même si ce service n'est pas le plus connu du grand public, il est fondamental pour l'accès à la santé des person-

nes fragilisées ou en situation de précarité. Il s'agissait d'un projet pilote du ministre fédéral de la Santé, Franck Vandendriessche, qui a su démontrer son utilité.

Sur Charleroi, l'équipe composée de cinq personnes est coordonnée par Frédéric Lion, gestionnaire de projets pour le service promotion à la santé chez Solidaris. "Les facilitateurs

en santé ou Community Health Workers est un projet intermutuelles destiné à favoriser l'accès à la santé aux personnes précarisées. Le choix de l'implantation et celui des actions sont déterminés sur base des indices socio-économiques."

Un accompagnement sur mesure pour les personnes les plus précarisées.

Bien que le projet soit intermutuelles, à Charleroi, c'est Solidaris qui en a la coordination tout comme c'est la mutualité chrétienne qui a la coordination sur le territoire liégeois. "La base de notre action est de faire en sorte que les personnes puissent accéder facilement à la santé pour se faire soigner sans trop dépenser. Sur base d'une étude, nous avons sélectionné des quartiers pour être aujourd'hui actifs sur 26 quartiers au total dont 19 à Charleroi et 7 sur Châtelet. Il est important de préciser que nous ne sommes pas seulement actifs uniquement sur des quartiers pré-définis. Si on remarque qu'une famille a besoin de notre aide, nous sommes là."

été fait afin de faire connaître le projet. "Pour nous faire connaître, nous avons tissé des liens avec des acteurs locaux comme les Restos du Cœur, la Croix-Rouge, le CRIC ou encore Saint-Vincent de Paul. Quand ils constatent qu'une personne éprouve des difficultés pour avoir accès à la santé, ils nous sollicitent. Certains nous ont ouvert leur porte pour y avoir des permanences. Il y a aussi la maraude, pratique pour aller directement à la rencontre des gens."

Concrètement, les facilitateurs en santé sont présents à diverses étapes, avant, pendant et après les soins. Ils accompagnent le public dans le choix d'une mutuelle, l'une des premières étapes afin de se faire soigner et retoucher une partie. Savoir si une personne a également un médecin traitant. "Nous cherchons à déterminer à quel niveau cela bloque. Nous essayons surtout de travailler à les rendre autonomes, à ce qu'ils retrouvent confiance aux partenaires sociaux."

Pour l'année 2022, ce sont quelque 4500 personnes qui ont été aidées et 10 000 interventions.

Contact: charleroi@chw-intermut.be
Frédéric Ngom



Le service est fondamental pour l'accès à la santé des personnes fragilisées. © SHUTTERSTOCK

Un gros travail de terrain a

INDHEIT FÜR ALLE



Le programme CHW est également mis à l'honneur au niveau international. La Fondation de l'OMS mène une vaste campagne qui met en lumière la diversité, l'impact et la valeur des organisations qui promeuvent la santé mondiale. Dans le cadre de cette campagne, une série numérique intitulée "Healthier Together : A Path to a Better World" sera lancée au début de l'année 2024. Produite par la BBC, cette série met en lumière plusieurs initiatives inspirantes. Le programme CHW de la Belgique a été fièrement sélectionné comme l'une des histoires remarquables de cette série. L'année dernière, les réalisateurs ont interviewé des CHW dans différentes régions, en mettant l'accent sur leurs réussites locales et leurs contributions dans le domaine des soins de santé. En outre, la structure de soutien du programme est également mise en lumière, avec un accent sur le travail des coachs et l'équipe de coordination du programme.



4. Changements dans le cadre structurel

Dans cette section, nous expliquons les changements intervenus dans le cadre structurel du programme par rapport à l'année précédente, 2022. Les changements dans la structure de gouvernance du programme CHW (à la fois régionale et fédérale), les changements dans les ressources humaines et les changements dans les questions de soutien sont discutés plus en détail. Une description détaillée des différentes structures de gouvernance du programme CHW figure dans le rapport CHW 2021 (Masquillier et al., 2022).

4.1. Changements dans la structure de gouvernance

4.1.1. Fédéral

Pour soutenir les CHW dans leurs activités locales, un cadre fédéral général solide a été créé (voir figure 1). En 2023, le comité de pilotage fédéral a été scindé en un comité de pilotage intermutualiste et une équipe projet, chacun ayant une mission clairement définie.

Le comité de pilotage se situe davantage au niveau stratégique et se compose de représentants de chaque mutualité, d'un représentant de l'équipe de direction de l'IM et d'un chercheur de l'université d'Anvers. Le groupe de pilotage est présidé par le sponsor, soutenu par le coordinateur fédéral. Parmi les tâches importantes du comité de pilotage figurent le contrôle du respect des délais, de la qualité des résultats et du budget convenus ainsi que le soutien à l'équipe projet. Il assure également la liaison avec le Collège Intermutualiste National Politique (CIN Pol). Le comité de pilotage se réunit au moins quatre fois par an. L'année dernière, Rik Dessein, sponsor du programme CHW, a passé le flambeau à Pierre Cools qui préside la réunion du comité de pilotage.

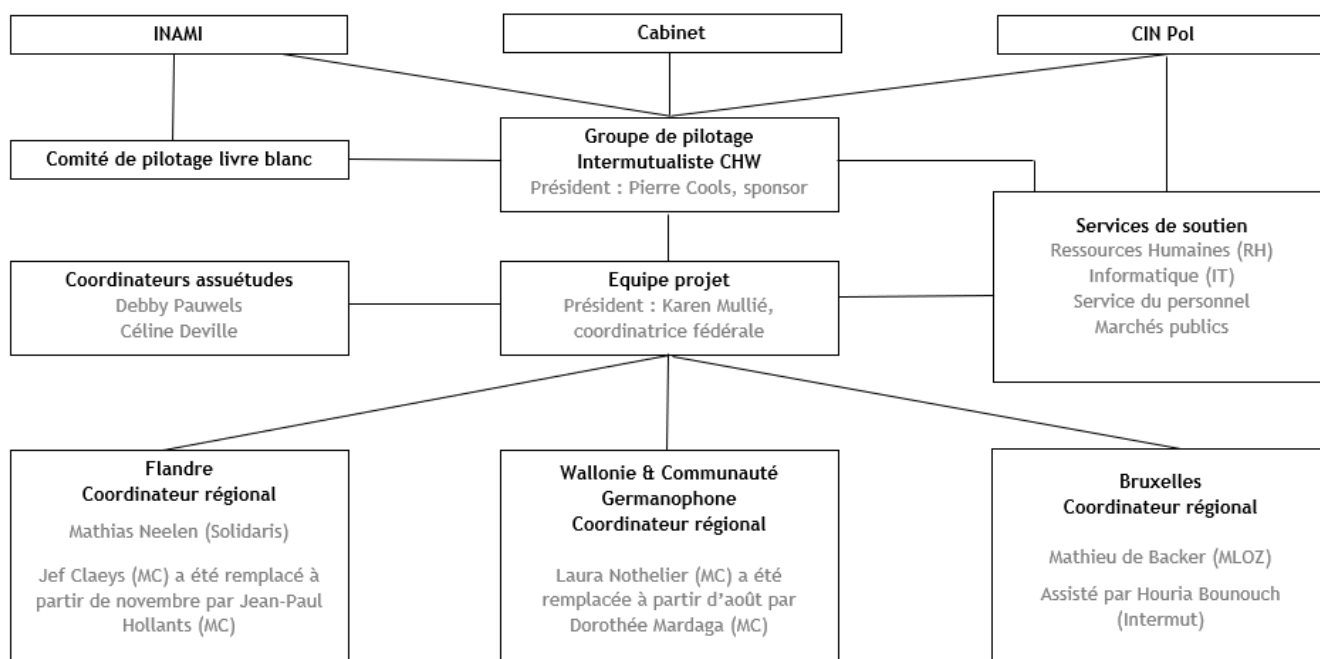
L'équipe projet se compose des coordinateurs régionaux et fédéraux et s'enrichit d'experts en fonction de l'ordre du jour. Par exemple, le responsable des ressources humaines d'IM, l'employeur des CHW et des coachs participera lorsqu'il y a des questions sur le personnel à l'ordre du jour, ou le chercheur de l'UA lorsque la recherche est discutée. Les tâches de l'équipe de projet comprennent une réflexion critique et créative sur l'organisation du projet, l'élaboration d'une planification concrète du projet (définition des objectifs du projet, portée et échelle du projet, calendrier et plan des étapes, sous-projets, aspects financiers, etc.) L'équipe projet se réunit chaque semaine.

Le programme CHW a été classé dans la catégorie des projets du livre blanc visant à améliorer l'accessibilité des soins de santé en Belgique. De plus amples informations sur cette initiative et une version pdf du livre blanc sont disponibles via les QR codes ci-joints.

Il existe un comité d'orientation commun pour tous les projets du livre blanc, qui comprend des représentants de diverses organisations et départements politiques. Le projet CHW est représenté au sein du comité d'orientation par le coordinateur fédéral et le sponsor. Ce comité se réunit deux fois par an, prend connaissance des rapports annuels des différents projets et conseille le comité des mutualités sur cette base. Les contacts avec les autres projets du livre blanc permettent de créer des synergies internes et d'encourager les collaborations.



Figure 1. Structure de gouvernance fédérale



En 2023, le groupe de travail sur la visibilité a été réactivé, avec pour objectif de développer une identité d'entreprise pour les présentations et les courriers, entre autres, et d'uniformiser les outils de communication tels que les cartes de visite et les flyers.

Une nouvelle importante en 2023 a été l'ajout d'un avenant à l'accord entre l'INAMI et le Collège Intermutualiste National, afin de nommer un coordinateur supplémentaire axé sur les questions d'assuétude. Les fonctions de ce coordinateur sont les suivantes :

- Développer un cadre de soutien pour les CHW lors de la mise en œuvre d'interventions et d'actions lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes d'addiction ;
- Développer des partenariats dans le secteur de la santé mentale en lien avec les assuétudes et en assurer le suivi ;
- Participer aux réseaux existants en matière d'assuétude;
- Recueillir les signaux des CHW concernant les assuétudes;
- Construire des ponts avec des initiatives déjà connues sur le terrain, à la fois avec des partenaires au sein du livre blanc du projet et avec des partenaires en dehors du livre blanc du projet ;
- Accroître l'expertise du coordinateur et des coachs sur les questions d'addiction afin de mieux soutenir les CHW.

Ce rôle de coordination a été scindé en deux mi-temps, un pour la Flandre et un pour la Wallonie et Bruxelles réunies. Pour la Flandre, il a été décidé de combiner ce poste avec une mission à mi-temps en tant que coach de l'équipe d'Anvers. Ce poste est pourvu de manière effective depuis août 2023. Pour les régions de Bruxelles et de Wallonie, une collaboration a été établie avec le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP). Le coordinateur est entré en fonction dès mai 2023, comme décrit au chapitre 4 de ce rapport.

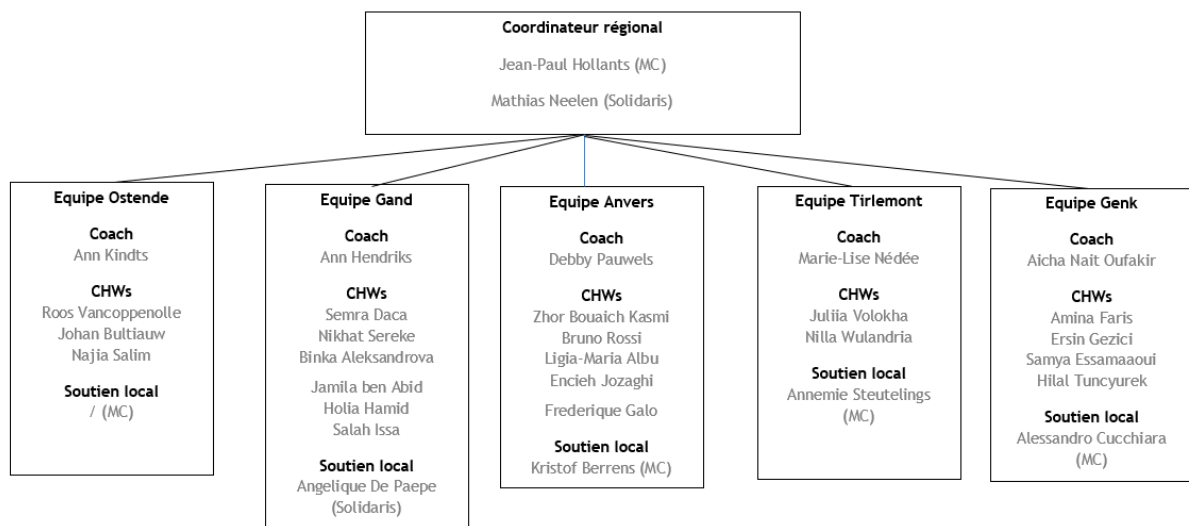
4.1.2. Régionale

Comme lors des années précédentes, les CHW de chaque région sont soutenus par des coachs, qui sont responsables du suivi opérationnel des CHW. L'importance de la présence sur le terrain et de la proximité des coachs pour le bon fonctionnement et le bien-être du personnel a été réaffirmée. Les coachs sont à leur tour soutenus par le coordinateur régional, qui est responsable du suivi et de la gestion du programme dans sa région.

Flandre

En Flandre, l'équipe est également soutenue par un représentant local d'une mutualité qui informe les coachs et le coordinateur de toutes les opportunités dans la ville. Pour toute équipe, grande ou petite, la proximité d'un coach sur le terrain est une condition préalable importante pour un fonctionnement efficace. Le recrutement supplémentaire d'un coach pour Tirlemont en cours d'année en est une conséquence importante (voir infra). La structure de gouvernance et la répartition des postes sont présentées dans la figure 2.

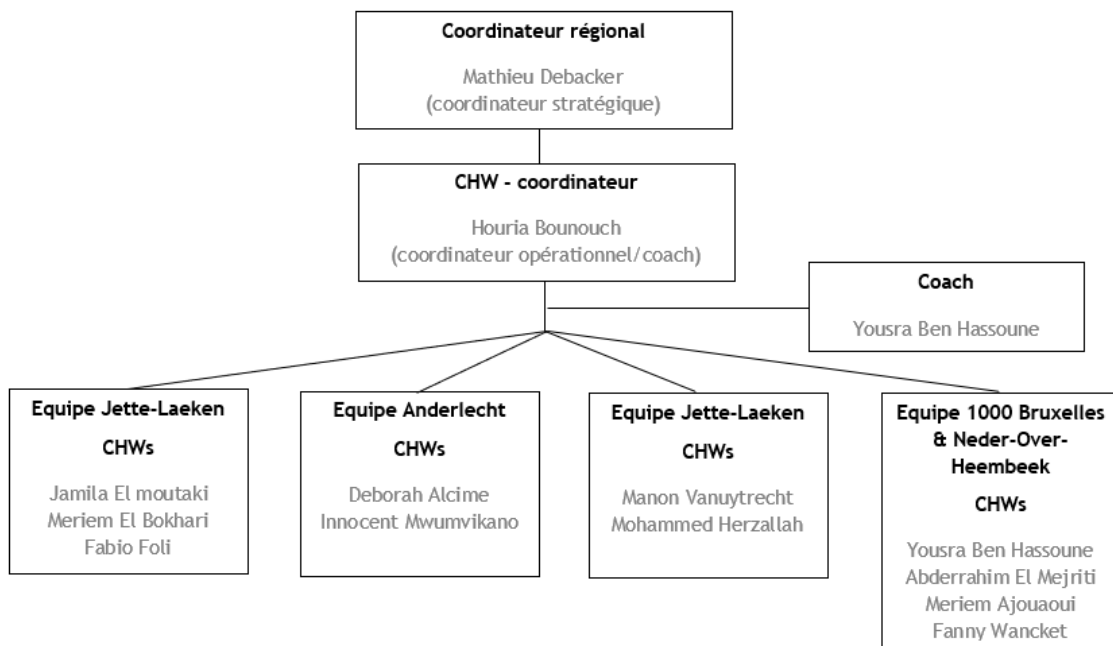
Figure 2. Structure de gouvernance Région flamande



Bruxelles

La structure de gouvernance de la Région Bruxelles est restée inchangée et est illustrée dans la figure ci-dessous. Cependant, la coopération entre la région bruxelloise, wallonne et germanophone a été redéfinie avec le RWLP, voir 4.1.5.

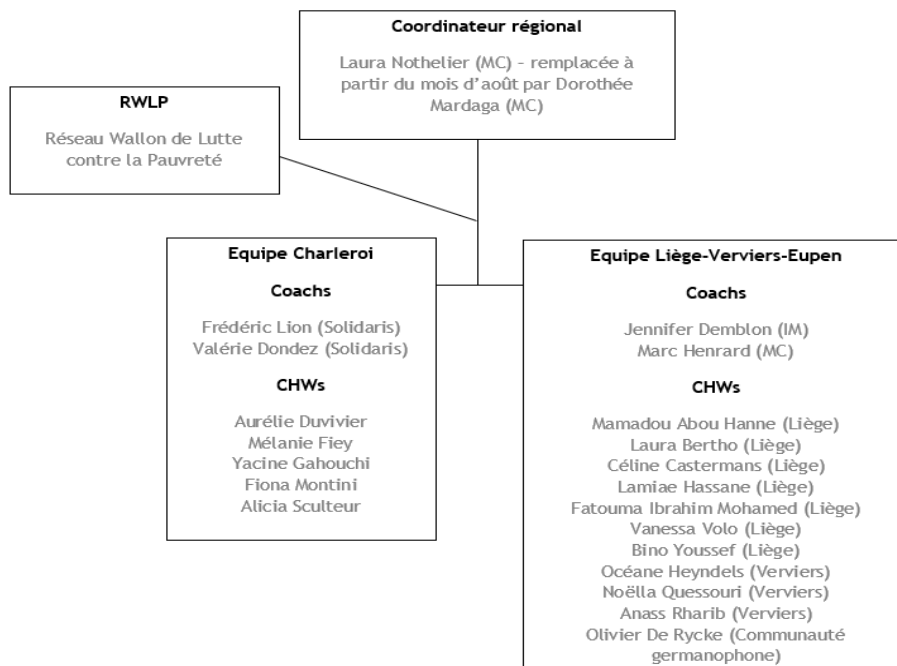
Figure 3. Structure de gouvernance Bruxelles



Wallonie et communauté germanophone

En Wallonie et dans la communauté germanophone, un accord de coopération a été conclu au début du programme avec l'organisation à but non lucratif "Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté" (RWLP), qui fournit un soutien pratique et organise l'intervision avec les CHW et les coachs. Cette coopération a été orientée en 2023 vers la coordination et la formation autour de la lutte contre les problèmes de dépendance (voir également les changements dans la structure de gouvernance fédérale). La figure ci-dessous présente la structure de gouvernance wallonne et germanophone du programme CHW.

Figure 4. Structure de gouvernance wallonne et germanophone



5. Changements dans les ressources humaines

Alors qu'auparavant les services de soutien étaient assurés par un certain nombre de mutuelles, depuis 2023, la faïtière Intermut joue un rôle plus important dans la gestion et la mise en œuvre des ressources humaines, entre autres. Cette section montre les changements dans les différentes questions liées aux ressources humaines : le recrutement, la formation, les réunions, l'intervision et la supervision, la rémunération, les opportunités de carrière et l'accréditation.

5.1. Recrutement

En **Flandre**, les postes vacants de coachs à Anvers et à Tirlemont ont été pourvus en 2023. Au départ, il avait été décidé de faire appel au coach de Genk pour diriger l'équipe de Tirlemont. Cependant, la charge de travail élevée de deux équipes pour un seul coach s'est avérée irréalisable et a entraîné des départs, de sorte qu'il a été décidé de recruter un nouveau coach pour Tirlemont. Comme indiqué ci-dessus, la proximité d'un coach sur le terrain pour toute équipe, grande ou petite, est une condition préalable importante pour un fonctionnement efficace.

Le coach d'Anvers combine cette fonction avec celle de coordinateur à mi-temps des problèmes de dépendance, qui est nouvelle depuis 2023 (voir les modifications de la structure de gouvernance fédérale). La faisabilité de la combinaison des deux rôles sera examinée dans un avenir proche. A Gand, un nouveau CHW à temps partiel a été recruté.

La coordination régionale en Flandre est assurée par deux temps partiel. En juillet, l'un de ces coordinateurs a repris une autre fonction au sein de la mutualité où il travaille. Depuis novembre, le rôle de coordination pour la Flandre est à nouveau pleinement rempli.

En **Wallonie et dans la communauté germanophone**, la coordinatrice régionale est en congé de maternité depuis le mois d'août et est remplacée par une collègue ayant déjà une expérience dans le programme CHW.

À Liège, deux nouveaux coach ont été nommés : l'un à temps partiel et l'autre à temps plein. Un nouveau CHW a également rejoint l'équipe. A Charleroi, deux coachs à temps partiel ont encadré l'équipe et trois nouveaux CHW les ont rejoints : un en mai et les deux autres en août.

Deux CHW de l'équipe de Charleroi ont cessé leur activité à la fin du mois de novembre.

L'emploi en ETP à la date du 27.11.2023 pour les différentes équipes est indiqué dans le tableau ci-dessous. Il y a actuellement un poste CHW vacant à Anvers.

Tableau 1. Emploi des CHW et des coachs par équipe (nombre et ETP)

L'équipe	Nombre de CHW	Nombre de CHW en ETP	Nombre de coachs	Nombre de coachs en ETP
Ostende	3	3	1	0,5
Gand	6	5,3	1	1
Anvers	5	4,5	0,5	0,5
Tirlemont	2	2	1	0,5
Genk	4	3,67	1	1
Bruxelles	10	9,5	1	1
Charleroi	7	7	2	1
Liège, Verviers Eupen	11	10,6	2	1,5
Total	46	45,57	10	7

5.2. Formation

En 2023, les CHW et les coachs ont participé à diverses formations, qui sont détaillées à l'annexe 3. Il est important de noter que l'équipe de CHW et de coachs est très diverse, avec différents niveaux de compétence linguistique, diverses expériences professionnelles et divers niveaux d'éducation. Par conséquent, les besoins en formation varient considérablement. C'est donc un défi de construire une offre de formation diversifiée et flexible afin de répondre à cette diversité aussi efficacement que possible. En outre, l'ensemble de l'équipe ne peut pas toujours être disponible pour un cours de formation spécifique, de sorte que la mise en place d'un système de retour et d'échange d'informations sur le contenu au sein de l'équipe apporte une valeur ajoutée.

Au cours de l'été, la chercheuse Caroline Masquillier a visité le projet CHW à Churchill Gardens (Londres, Royaume-Uni) dans le cadre de son projet de recherche Compass. La coordinatrice fédérale du programme CHW l'a accompagnée durant cette visite, ce qui a donné lieu à de nombreux contacts intéressants. Un échange d'expérience a également été réalisé. Suite à la catégorisation des formations telle qu'elle a été appliquée dans le projet de Churchill Gardens, il a été décidé de subdiviser également les formations suivies par les CHW en domaines similaires. Cette catégorisation facilite la compréhension de la diversité des formations suivies par les CHW.



5.2.1. Formation éducative

La formation éducative comprend les formations qui permettent aux CHW d'acquérir une compréhension plus approfondie et plus complète du contexte plus large du travail des CHW, comme l'influence des déterminants sociaux de la santé ou le contexte politique. L'année dernière, par exemple, les CHW de la région de Bruxelles ont suivi une formation spécifique sur les disparités sociales en matière de vaccination contre le virus Covid-19. Ils ont également participé à une formation sur le système de santé danois, au cours de laquelle l'expérience danoise de l'intégration des soins de santé en tant que question de politique locale leur a été expliquée.

En participant à ce type de formation, les CHW renforcent leurs connaissances, répondant ainsi aux besoins et aux contextes de leurs bénéficiaires et des communautés dans lesquelles ils opèrent. Cela leur permet de transmettre des informations pertinentes et précises à leurs bénéficiaires et de réaliser leurs missions de manière plus efficace. Les CHW de Wallonie et de la communauté germanophone, par exemple, ont suivi des formations sur des sujets tels que le droit de l'immigration et le regroupement familial. Ils ont également suivi des formations sur des sujets tels que l'aide sociale, l'emploi et la sécurité sociale.

5.2.2. S'orienter dans le système de santé

Les CHW ont pour mission de guider les personnes dans le labyrinthe du système de soins de santé belge et de faciliter l'accès aux services appropriés. Il est donc crucial que les CHW aient eux-mêmes une connaissance approfondie de ce système de santé. À Bruxelles, certains CHW ont suivi une formation axée sur le dossier médical numérique, l'e-santé et le réseau de santé bruxellois. Cette formation leur a permis de se familiariser non seulement avec les outils technologiques utilisés dans le système de santé bruxellois, mais aussi avec sa structure organisationnelle. En outre, ils ont acquis des connaissances sur les options de soutien disponibles dans les soins primaires pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

En Wallonie et dans la communauté germanophone, les CHW ont appris ce qu'était l'assurance maladie obligatoire, expliquée par des experts d'une mutualité. On leur a également expliqué les procédures et les possibilités d'accès aux soins pour les étrangers.

5.2.3. Formation clinique et pratique

Une grande partie de la formation des CHW porte sur les connaissances médicales spécifiques, la prestation de soins de santé de base, la reconnaissance des problèmes de santé et la prise de mesures préventives. Les CHW sont ainsi largement formés et bien équipés pour relever les différents défis sanitaires dans les quartiers où ils interviennent. En Wallonie, par exemple, les CHW ont suivi une formation sur l'approche non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et sur la promotion d'une vie digne. Les CHW flamands ont suivi une formation sur la prévention du suicide et les soins aux personnes atteintes de démence. Ceux de Bruxelles ont pu mieux comprendre l'utilisation d'une approche sexospécifique dans leur travail afin de fournir un soutien plus approprié aux femmes sans-abri, et ont appris comment fournir des soins aux personnes âgées isolées.

Les CHW de Bruxelles, de Wallonie et de la communauté germanophone ont participé à diverses formations liées à la santé mentale et à la vulnérabilité, en mettant l'accent sur l'amélioration de leurs compétences en matière de communication avec ce public spécifique. Une attention particulière a également été accordée aux formations sur la prévention du tabagisme et les questions de dépendance. Ces formations se concentrent, entre autres, sur la diminution des barrières, la communication efficace avec les bénéficiaires souffrant d'addiction et la lutte contre les stéréotypes. En outre, un CHW de Wallonie a également suivi un cours de premiers secours de base.

Cette année, des investissements supplémentaires ont été réalisés pour aborder les questions d'addiction (voir également les mentions précédentes des changements dans la structure de gouvernance et la section sur les collaborations au niveau régional). À Bruxelles et en Wallonie, un partenariat a été conclu avec le RWLP pour élargir l'expertise du coordinateur et des coachs sur ce thème. C'est pourquoi, entre autres, un programme de formation de quatre jours sur les problèmes de dépendance a été élaboré.

5.2.4. Soutien et autogestion

Par formation au soutien et à l'autogestion, nous entendons les formations et les programmes visant à développer les compétences et les connaissances qui permettent aux CHW de mieux soutenir les membres de la communauté. Par exemple, les CHW flamands ont participé à des formations visant à renforcer leurs compétences en communication et en techniques d'entretien. En outre, tous les CHW ont été formés à l'utilisation de l'outil d'enregistrement. Cela permet notamment de savoir avec précision quelles personnes sont aidées par les CHW et de quelle manière ils le font. Ils ont également suivi une formation afin d'être en mesure de réagir de manière appropriée lorsqu'ils sont témoins d'un comportement indésirable. Les CHW de Bruxelles ont également affiné leurs compétences en participant à une intervention sur le thème de l'accessibilité et de l'accueil. L'équipe a également assisté à la formation "Et toi, t'en penses quoi ?" organisée par une mutuelle, où ils ont appris comment les outils d'animation peuvent être utilisés efficacement dans le cadre de l'éducation à la santé.

5.2.5. Développement personnel

Une attention particulière est également accordée à la formation visant le développement personnel des CHW et des coachs, afin de leur permettre de renforcer leurs capacités professionnelles et personnelles. Dans ce contexte, les coachs flamands, par exemple, ont participé à une journée de formation axée sur l'organisation d'intervention. En outre, deux CHW de Wallonie ont suivi une formation sur les compétences psychosociales. Un cours sur la gestion du temps intitulé "Prenez le temps de gérer votre temps" a été proposé à tous les CHW.

Une formation sur la gestion du changement a également été organisée pour les coachs.

5.2.6. Recherche

La formation comprend également des aspects liés à la recherche. De même, la formation susmentionnée sur l'outil d'enregistrement est un facteur important lorsque la recherche est menée, de sorte que les CHW contribuent également à la collecte de données fiables et de données de recherche qui peuvent améliorer l'évaluation et la conduite du programme CHW. En outre, les chercheurs ont également donné une formation sur l'objectif et l'approche de la recherche en 2023.

Autres

Une dernière catégorie comprend les formations qui ne peuvent pas être placées directement dans une catégorie précédente. Il s'agit souvent de formations pratiques, telles que les formations à l'informatique ou à l'utilisation des programmes RH dispensées aux CHW de la Région wallonne et de la Région germanophone. Les CHW flamands se sont également formés à l'utilisation d'Excel et d'Outlook.

Tout le monde s'est également vu expliquer comment utiliser les outils RH tels que Primetime.

5.3. Réunions, intervention et rencontres

Le programme CHW organise également des réunions régulières, des interventions et des rencontres pour assurer le fonctionnement et le suivi du programme, pour discuter des problèmes, pour travailler ensemble et pour créer des moments de réflexion, de partage d'expériences et d'apprentissage mutuel.

Lors des réunions d'équipe qui ont lieu toutes les semaines ou tous les quinze jours, l'accent est mis sur l'échange d'expériences. Les CHW peuvent s'y soutenir mutuellement et donner des conseils sur la manière d'aborder certains problèmes. Il y a également suffisamment de place pour discuter des situations difficiles rencontrées. Le développement personnel des CHW et l'amélioration de leur travail quotidien sont également des sujets récurrents.

En **Flandre**, une réunion d'équipe CHW hebdomadaire a lieu, ainsi qu'une réunion hebdomadaire avec tous les coachs de la région. Les accords pratiques et les situations sont ensuite discutés au cours d'une session de trois heures. Les CHW de **Bruxelles** se réunissent chaque semaine pour des réunions d'équipe. En **Wallonie**, les équipes CHW de Liège et de Verviers-Eupen se réunissent chaque semaine, l'équipe CHW de Charleroi se réunit tous les quinze jours. Des réunions mensuelles sont organisées avec les coachs, tous les quinze jours il y a également une réunion entre le coordinateur et les coachs de chaque équipe. Des moments d'échange ont également lieu deux à trois fois par an pour les CHW, les coachs et le coordinateur régional en coopération avec le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP). Le RWLP organise également des moments d'intervision pour les CHW. Ceux-ci se concentrent sur des thèmes liés au travail quotidien sur le terrain, par exemple, cette année, ils se sont concentrés sur les obstacles à l'accès aux soins de santé et sur les signaux structurels à cet égard. En outre, une intervion pour les CHW de Liège, Verviers et Eupen a également été organisée en 2023, en collaboration avec Fusion Liège. Au cours de cette intervion, des situations survenant dans le fonctionnement quotidien sont mises en relation avec des éclairages théoriques ; cet exercice permet aux CHW de mieux comprendre ces situations et de mieux intervenir.

Chaque année, l'équipe projet **fédéral** organise des journées de rencontre, qui constituent une plateforme importante de connexion et d'échange entre les différentes équipes des trois régions. L'objectif de ces journées n'est pas seulement de permettre aux CHW de se rencontrer, mais aussi d'apprendre les uns des autres et de constater que leurs collègues sont confrontés aux mêmes défis et se débattent parfois avec les mêmes choses. Du temps est également prévu pour répondre aux questions que se posent les CHW et qui peuvent porter sur une grande variété de sujets. Ces journées constituent un élément important et indispensable de l'ensemble de l'opération et se déroulent en collaboration avec l'ensemble du personnel du programme CHW. Elles contribuent à améliorer la qualité du programme. Ces moments d'échange étant très demandés par les équipes de CHW, l'équipe projet s'est engagée à les organiser à intervalles plus réguliers dans les prochaines années, tant au niveau de l'équipe qu'au niveau régional et national. Ceci est également prévu dans le plan d'action.

En 2023, une journée de réunion régionale a eu lieu le 31 mai pour les CHW et les coachs flamands, et le 7 juin pour les équipes bruxelloises, wallonnes et germanophones. Après l'accueil et les présentations, des sessions partielles interactives ont été organisées sur les thèmes des "collaborations" et des "outsider". Les conclusions de ces sessions ont ensuite été discutées en grand groupe. L'après-midi a été consacrée à des discussions sur des sujets liés aux ressources humaines. Une explication intéressante du directeur des ressources humaines d'IM a été suivie d'une séance de questions-réponses.



Photo : les CHW flamands, les coachs et les coordinateurs lors de la journée régionale d'intervision du 31 mai 2023.



Photo : les CHW, coachs et coordinateurs bruxellois, wallons et germanophones lors de la journée régionale d'intervision du 7 juin 2023.

Le 18 octobre, un moment d'échange a été prévu pour tous les coachs, organisé par l'équipe projet. L'accent a été mis sur les questions liées aux ressources humaines, les accords sur la comptabilité et la gestion des signaux structurels. En raison de l'attaque contre des citoyens suédois du 16 octobre, cette réunion en présentiel a été remplacée par une réunion d'équipe en ligne. Ce moment a été organisé par région : le matin, les coachs francophones se sont réunis, l'après-midi, les coachs néerlandophones. Seuls les sujets relatifs aux ressources humaines ont été abordés, les autres sujets se prêtant moins bien à une discussion en ligne. Une journée de rencontre nationale a eu lieu le 22 novembre, au cours de laquelle il a été possible de faire connaissance au-delà des frontières régionales et des ateliers ont été organisés sur le thème du "travail de proximité". Pour les coachs, un moment d'intervision sur la gestion du changement était également prévu dans l'après-midi.

Deux journées de réflexion ont également été organisées à l'automne avec le comité de pilotage fédéral et l'équipe projet afin de formuler une mission et une vision, des valeurs et une stratégie pour le projet CHW. À cette fin, deux facilitateurs de l'une des mutuelles ont été engagés pour fournir des conseils au cours d'une réunion physique. En 2024, les résultats seront davantage alignés sur les CHW et les coachs et un plan d'action concret sera formulé.

5.4. Frais

Il n'y a pas de changement dans les avantages par rapport à l'année dernière. Les avantages sociaux accordés sont une indemnité de déplacement et une indemnité de repas. En outre, les CHW ont droit aux jours fériés et aux congés conventionnels, ainsi qu'au jour férié communautaire.

5.5. Opportunités de carrière

Aucune nouvelle opportunité de carrière spécifique n'a été proposée aux CHW. Le poste de coach des CHW était ouvert à tous, et même les CHW intéressés pouvaient poser leur candidature. Le programme, est attentif à utiliser les compétences individuelles des CHW. Cela signifie que ceux qui, par exemple, ont une affinité pour les présentations ont l'occasion de le faire. De même, les CHW qui excellent dans l'utilisation de l'outil d'enregistrement sont activement impliqués dans le développement de nouveaux modules.

5.6. Prévention

En collaboration avec le service externe de prévention et de protection au travail, une analyse des risques a été réalisée afin de déterminer le type d'examen médical auquel les CHW devraient être soumis. L'objectif est de promouvoir et de protéger la santé des travailleurs par la prévention des risques liés au travail. Le résultat de cette analyse est que les CHW sont classés dans une classe de risque plus élevée et doivent subir un examen de santé à intervalles réguliers. Une nouvelle analyse des risques psychosociaux et une consultation pour l'élaboration d'un cadre de prévention pour ces risques psychosociaux sont également prévues pour 2024 en collaboration avec le même service externe.

6. Changements dans les supports de gestion

Cette section décrit les ajustements dans le soutien apporté au travail des CHW sur le terrain, tels que le soutien logistique et les changements dans la mise en œuvre de l'outil d'enregistrement. L'utilisation d'outils, c'est-à-dire non seulement l'outil d'enregistrement mais aussi des outils pratiques tels que les cartes de conversation thématiques, fait partie des "questions de soutien" et a également été l'objet de l'étude. Pour une description détaillée des outils utilisés, nous renvoyons donc aux résultats de l'enquête, chapitre 2.

6.1. Soutien logistique

Le "soutien logistique" comprend le matériel et les mesures prises pour soutenir les activités quotidiennes des CHW, par exemple le matériel et les fournitures, la mise à disposition de salles de travail et de réunion, etc.

Au niveau **fédéral**, le groupe de travail sur la visibilité, qui se compose du coordinateur flamand et d'un CHW ou coach de chaque région, s'est attaché à recenser les outils de communication actuellement utilisés par le CHW. Jusqu'à récemment, les outils de communication (cartes de visite, flyers, lettres, etc.) étaient conçus pour chaque équipe. Depuis 2023, un travail est réalisé afin d'unifier ces outils pour toutes les équipes CHW et concevoir une identité commune. L'utilisation de cartes de visite uniformes et d'une même signature de courrier électronique est déjà en place, et le travail sur le style maison se poursuit. Les flyers et les affiches ont également été retravaillés afin qu'ils aient le même aspect et contenu dans toute la Belgique. Ils seront d'abord testés auprès d'une partie du public cible début 2024. Un feedback sera pris en compte pour établir les versions finales et les imprimer en vue de leur utilisation. En outre, un travail a débuté pour élaborer un plan de communication, qui sera approfondi une fois que l'exercice de mission et de vision en cours sera achevé.

En **Flandre**, il semble que les espaces de la MC et de Solidaris en particulier soient souvent mis à la disposition des CHW. Tous les CHW flamands ont un badge qui leur donne accès aux bâtiments MC, où ils peuvent également utiliser une imprimante. Les salles de réunion et les imprimantes peuvent également être utilisées chez Solidaris, où ils travaillent sans badge. Les salles de réunions de la MC et de Solidaris ne peuvent pas être utilisées pour recevoir des bénéficiaires. Au début du projet, une répartition a été faite entre les mutuelles qui assureraient le soutien local dans chaque ville. Cette répartition est toujours d'actualité : à Gand et à Genk, Solidaris assure le soutien local, à Ostende, Anvers et Tirlemont, c'est la MC qui s'en charge (voir aussi l'image Structure de gouvernance en Flandre). L'intention est d'élargir cette structure pour les années de travail à venir. C'est pourquoi, à la demande du coordinateur, les coaches ont contacté les services locaux des mutuelles pour s'enquérir des possibilités d'utilisation de leurs installations. De cette manière, la nature intermutualiste du programme sur le terrain peut être renforcée.

A **Bruxelles**, les locaux des Mutualités Libres/Onhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ) sont utilisés. Pour assurer une bonne coopération, une réunion a été organisée avec les responsables des installations du bâtiment de MLOZ et les CHW de Bruxelles ont reçu un badge d'identification. Les CHW ont également un badge d'accès pour utiliser les locaux de Partenamut. Une réunion avec les équipes de Partenamut a permis aux CHW d'élargir leurs points de contact au sein de la mutuelle et de développer une coopération harmonieuse. En outre, des réunions ou des rencontres occasionnelles sont organisées dans les locaux de Forum VZW, un partenaire de l'équipe CHW qui met ses installations à disposition sur demande. Bien que l'équipe ait initialement loué un espace de travail dans les locaux de l'ASBL au début du programme, cette location a été interrompue depuis. Dans le but de toucher le public le plus large possible, l'équipe bruxelloise du projet CHW a varié autant que possible les lieux et les horaires de ses permanences.

L'équipe de Bruxelles a d'abord stocké son matériel à MLOZ. Comme il n'était pas pratique pour les CHW de toujours venir y chercher leur matériel, un espace de stockage a également été demandé à la succursale de Partenamut sur l'Anspachlaan et à Forum VZW. En outre, du matériel est stocké dans les bâtiments de la MC à Schaerbeek. Chaque lieu de stockage fait l'objet d'un inventaire. Pour le matériel plus lourd, comme les tables et les chaises nécessaires à l'organisation d'événements, les CHW bruxellois peuvent compter sur l'aide logistique de MLOZ. En ce qui concerne les déplacements, les CHW utilisent des abonnements de la STIB, qui doivent être renouvelés chaque mois. Pour les interventions dans d'autres régions, les CHW doivent payer les billets de train à l'avance. Ces dépenses sont récupérées ultérieurement. Pour la communication interne, l'équipe des CHW utilise Microsoft Teams comme canal de communication.

En région **wallonne**, l'utilisation des locaux varie selon les équipes. L'équipe de Liège a accès à un bureau dans les locaux de la MC où elle peut également utiliser une photocopieuse et stocker du matériel. En revanche, les autres équipes wallonnes n'ont pas de locaux ou de bureaux fixes, ni d'accès à des photocopieuses. Pour ces équipes, le coordinateur est actuellement à la recherche de solutions appropriées. Chaque équipe utilise également plusieurs lieux chez différents partenaires pour organiser des permanences. Les réunions hebdomadaires des équipes ont lieu à Liège et à Verviers dans les locaux de la MC, à Charleroi cela varie entre les différentes mutuelles comme la MC, Solidaris, etc. Les consultations entre le coordinateur et les coachs ont lieu au RWLP à Namur.

6.2. Outil d'enregistrement

Chaque CHW enregistre les interventions et les actions qu'il entreprend dans l'outil d'enregistrement. Une "intervention" se réfère à tout moment de contact que le CHW a avec une ou plusieurs bénéficiaires. Une "action" désigne l'action ou l'activité concrète, telle que, par exemple, l'orientation de la personne vers un médecin généraliste, que le CHW a entrepris au cours de l'intervention. Les personnes peuvent être suivies individuellement ou faire l'objet d'une intervention de groupe (par exemple, lors d'une session d'information ou d'un moment de sensibilisation). L'enregistrement de ces informations permet d'analyser les personnes touchées par le programme des CHW, la manière dont elles sont touchées, les actions entreprises pour ces personnes, etc. Vous trouverez à la suite les principales conclusions de l'analyse des données pour 2023.

A la fin de l'année 2023, le nombre total de personnes enregistrées depuis la mise en place de l'outil d'enregistrement en 2022 s'élève à 8313. En 2023, 3 693 nouvelles personnes ont été enregistrées.

Au total, 14 574 interventions ont été réalisées en 2023, dont 12 760 étaient des interventions individuelles, et 1 814 des interventions de groupe. Les interventions de groupe ont touché un total de 24 792 personnes.

En ce qui concerne les interventions individuelles, nous constatons une moyenne de 3,46 interventions par personne. En 2023, les CHW ont effectué 627 interventions de groupe de plus qu'en 2022.

Au total, 21 440 actions ont été enregistrées, dont 30 % visaient à créer des liens entre les individus, les communautés et les acteurs de la santé, 22 % consistaient en une intervention visant à fournir un accompagnement et un soutien social, 21 % étaient axées sur la navigation dans le système de santé et 10 % sur la fourniture d'informations sur la santé culturellement appropriées (voir figure 5).

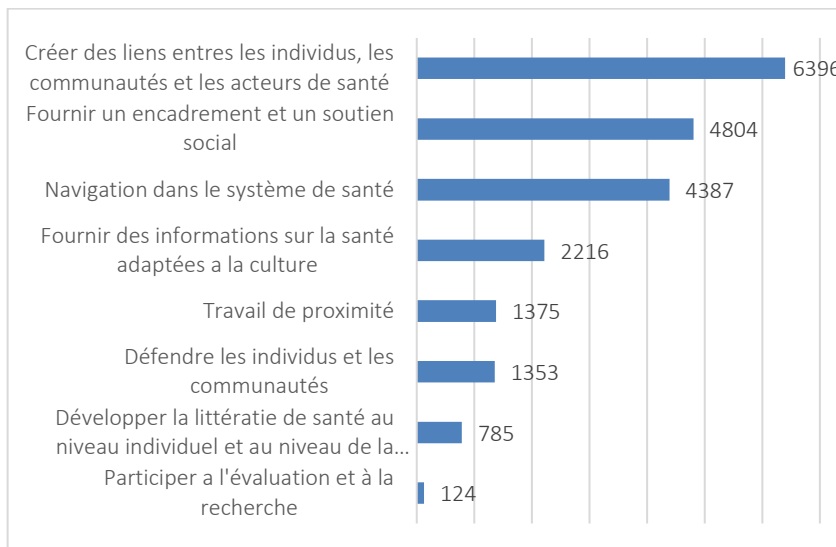


Figure 5: nombre d'actions par type d'action

Sur les 14 574 interventions, nous savons comment 12 748 personnes sont entrées en contact avec le programme des CHW (voir figure 6). Pour la plupart des personnes (20 %) le contact s'est fait par l'intermédiaire d'une communauté ou d'une opération locale, suivies par 19 % qui ont appris l'existence des CHW par le bouche-à-oreille. 16% ont connu le CHW par le biais d'un service d'aide sociale (CPAS, ...), 11% par le biais d'un moment de rencontre, 10% par le biais d'un prestataire de soins et 10% par le biais d'une personne-relais. 7% sont entrés en contact avec un CHW dans la rue ou sur une place. 1% sont entrés en contact avec un CHW via une mutualité/organisme assureur.

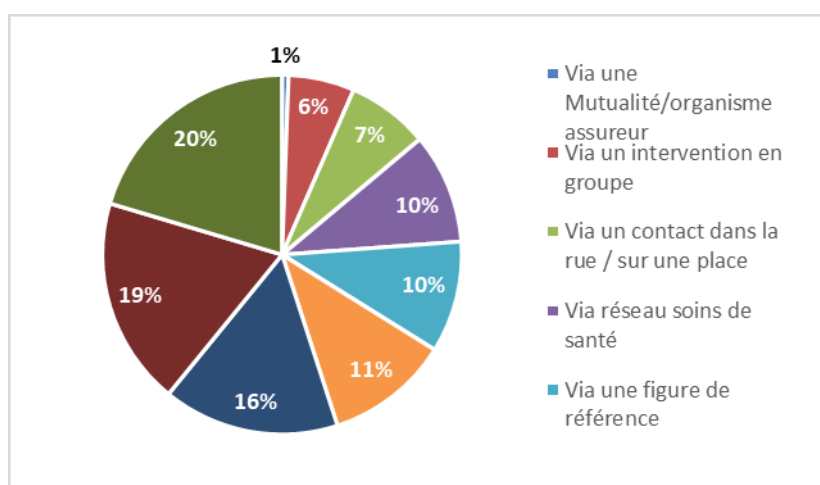


Figure 6 : Comment les personnes aidées sont-elles entrées en contact avec le programme des CHW ?

L'âge moyen de l'ensemble des personnes prises en charge est de 43 ans, avec un minimum de 0 an et un maximum de 108 ans.

L'âge de 0 an peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une aide à l'administration des naissances. En 2023, un peu plus de femmes (49%) que d'hommes (43%) ont été aidées, alors qu'en 2022, les hommes étaient toujours majoritaires avec 53,04%. 37 personnes ont déclaré n'être ni de sexe féminin ni de sexe masculin, et le sexe n'a pas été enregistré pour 524 personnes (6 %). Les personnes aidées avaient plus de 100 nationalités différentes. Sur les 3 391 personnes dont nous avons enregistré la nationalité, un peu moins de la moitié avait la nationalité belge (45 %). Les autres nationalités les plus courantes parmi les personnes enregistrées sont la nationalité marocaine (15%), la nationalité afghane (7%), la nationalité ukrainienne (7%), la nationalité turque (6%) et la nationalité syrienne (7%). La nationalité de 10 % des personnes enregistrées est inconnue.

2 544 personnes sur un total de 3 693 enregistrées en 2023 ont également fourni des informations sur leur statut légal. 40% ont déclaré avoir la nationalité belge, 27% ont déclaré appartenir à la catégorie "réfugié ou protection subsidiaire". 8% étaient en procédure d'asile et 8% ont déclaré ne pas avoir de permis de séjour.

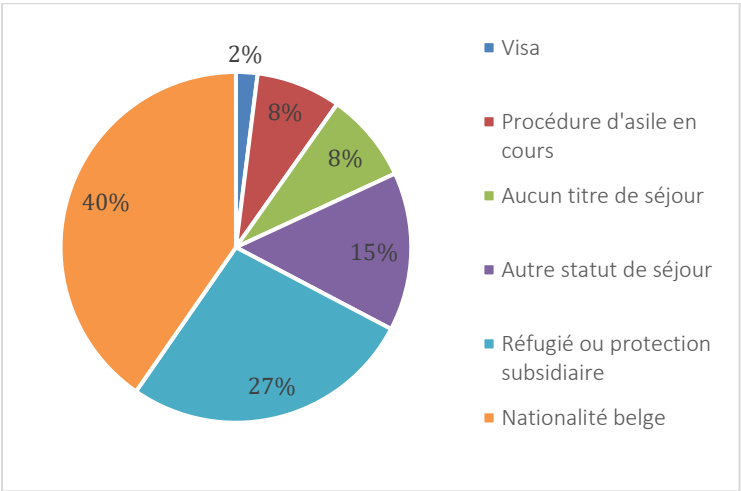


Figure 7 : statut légal

Pour environ la moitié du nombre total de personnes inscrites en 2023 (1 318 sur 3 696), le niveau d'éducation a également été enregistré : 44 % n'ont aucun diplôme, 18 % ont un niveau d'éducation primaire et 8 % d'enseignement supérieur.

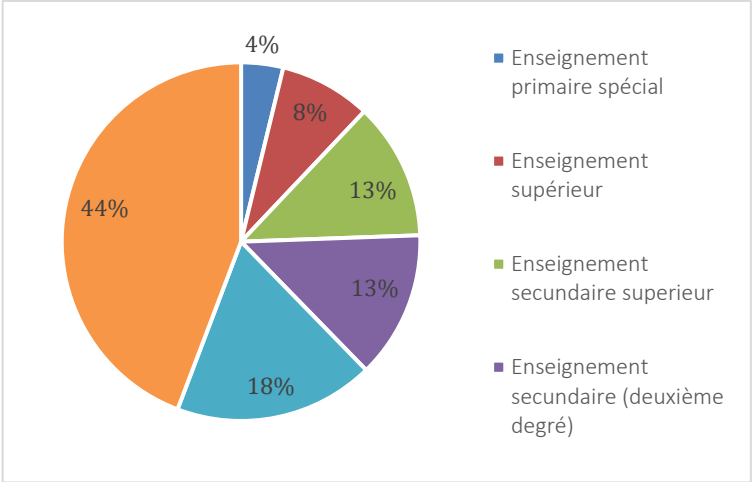


Figure 8: niveau d'enseignement

Comme l'illustre la figure 9 ci-dessous concernant le type de revenu, il apparaît que parmi les 2 330 personnes ayant communiqué des informations à ce sujet, près d'un tiers d'entre elles n'avaient pas de revenu (28%). Le deuxième groupe le plus important a acquis un revenu pour l'intégration sociale (25 %). En outre, 16 % ont reçu des prestations d'invalidité. Seuls 10 % ont déclaré avoir un emploi permanent.

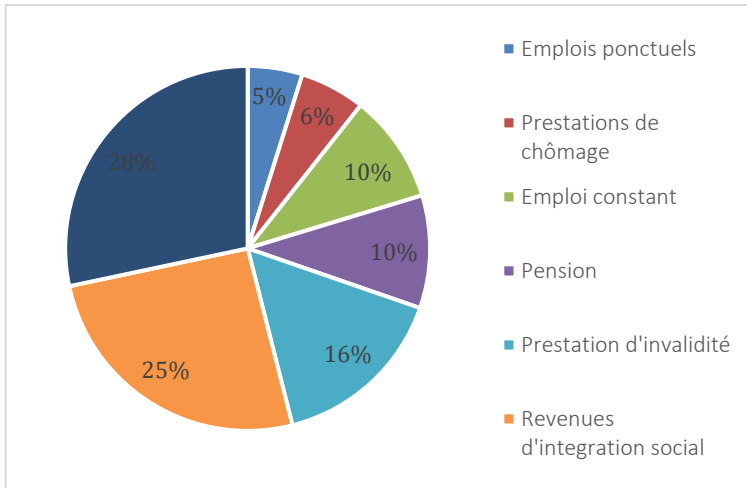


Figure 9 : type de revenu

Lorsqu'un CHW demande ensuite si les personnes arrivent à joindre les deux bouts avec leur revenu, il s'avère que les trois quarts des 1 552 personnes qui ont répondu à cette question ont indiqué que c'était pour eux très difficile (23%), plutôt difficile (34%) ou difficile (19%). Un peu moins d'un quart des personnes déclarent que leurs revenus sont suffisants : 17% déclarent joindre les deux bouts "assez facilement", 6% "facilement" et seulement 1% déclarent joindre les deux bouts "très facilement". Ces chiffres sont similaires à ceux enregistrés l'année précédente et indiquent que les CHW atteignent un groupe cible spécifique, à savoir les personnes en situation socio-économique difficile.

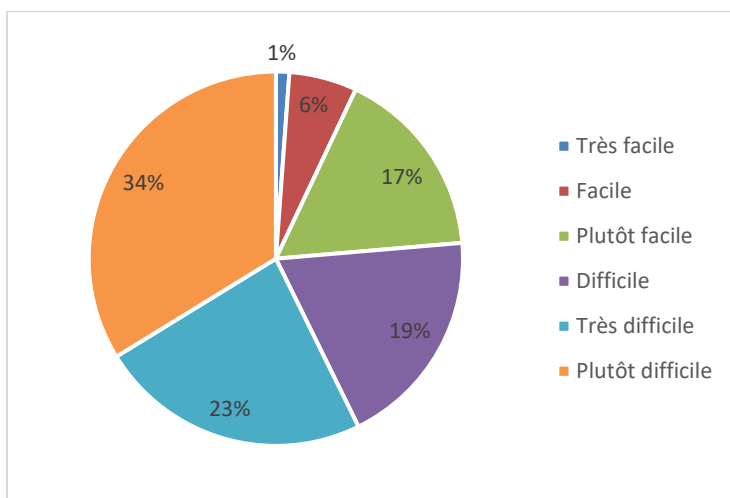


Figure 10 : Subvenir à ses besoins avec le revenu perçu

Les personnes pouvaient également indiquer les obstacles qu'elles percevaient dans le système de soins de santé. Comme en 2022, les obstacles les plus fréquents sont les formalités administratives, suivies d'une connaissance limitée du système de santé et des droits. Mais la langue, les conditions de vie et l'accessibilité du système de santé, ainsi que les barrières financières, restent également des obstacles courants.

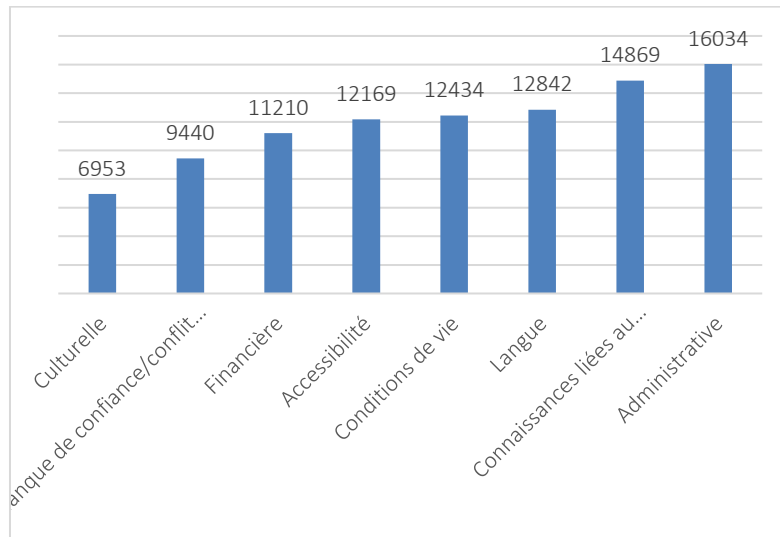


Figure 11 : Obstacles

Si nous examinons ensuite les catégories auxquelles se rapportent les 21 440 actions réalisées, nous constatons que 65 % d'entre elles sont liées aux soins, 20 % à d'autres catégories et 14 % à une catégorie résiduelle "autre" qui n'a pas été spécifiée lors de l'enregistrement.

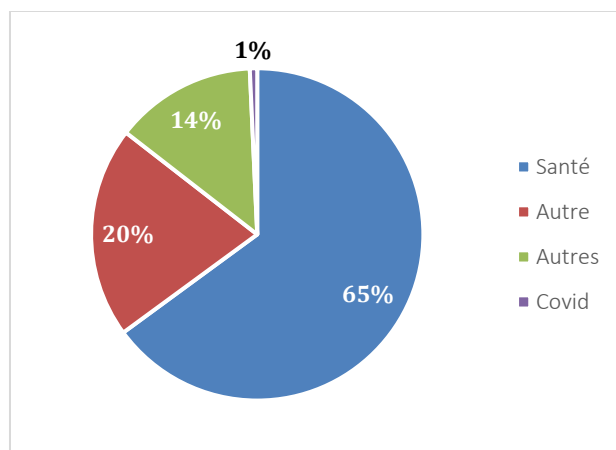


Figure 12 : actions par catégorie principale

Si l'on examine de plus près les 13 922 actions liées à la catégorie de soins, on constate que 31 % des actions concernent un autre spécialiste, 31 % la mutuelle et 19 % le médecin généraliste.

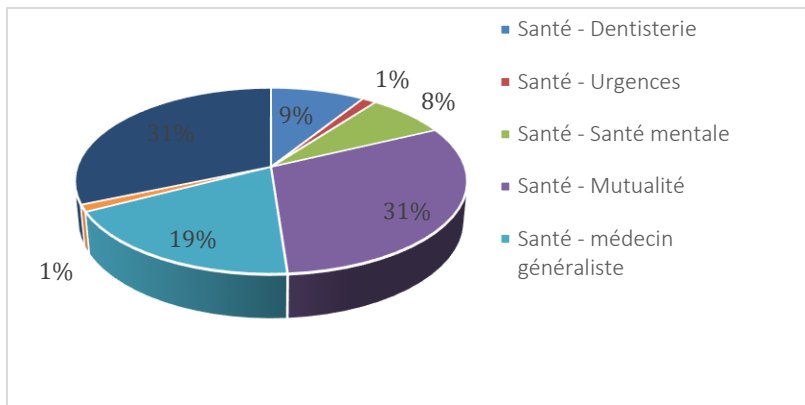


Figure 13 : Détail de la catégorie de soins

Nous constatons que sur les 7 364 actions de la catégorie "autres", 26% concernent le CPAS.

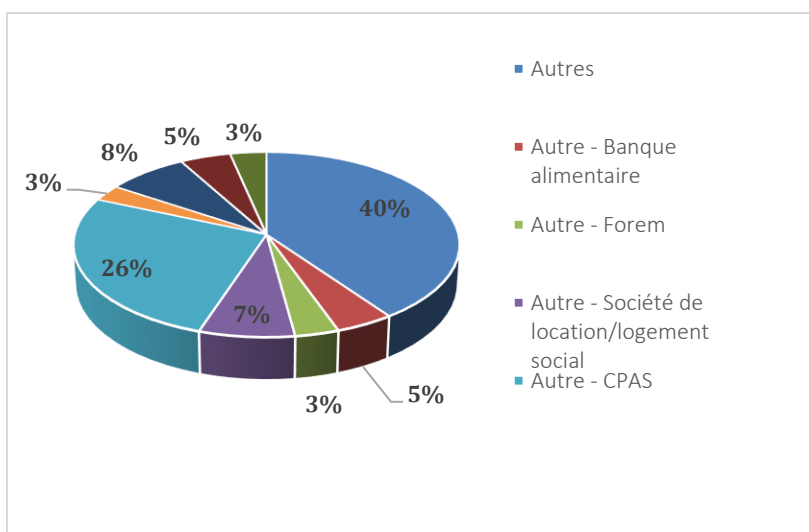


Figure 14 : Détail de la catégorie autres

7. Changements dans la mise en œuvre sur le terrain

7.1. Élargissement du champ d'action des CHW

La zone de travail en **Flandre** a été élargie pour inclure le quartier de Gentbrugge à Gand. En 2022 et 2023, des discussions ont eu lieu avec les maisons médicales (MM) et les cabinets médicaux en collaboration avec la Huisartsenvereniging Gent (HVG), dans le but d'établir un lien entre les CHW et les guides de santé de la ville de Gand et une maison de quartier ou un cabinet médical. Sur la base de ces discussions, une coopération avec les CHW a été lancée au sein de la MM de Gentbrugge. À Anvers, l'opération a été étendue à Deurne-Noord, qui jouxte Borgerhout, une zone de travail déjà très fréquentée par les CHW. Ces CHW ont reçu de nombreuses demandes de Deurne, y compris de la part de partenaires. Il a donc été décidé d'aider également les habitants de Deurne qui se présentent pour poser une question, mais les CHW ne mèneront pas d'action proactive à Deurne. Il était également prévu de l'étendre au quartier de Nieuwe Kempen à Genk, mais en raison de l'absence prolongée d'un CHW, ce projet n'a pas pu être réalisé à ce jour. Dans chaque ville et province, de nombreuses demandes d'extension ont été formulées, mais les ressources en personnel étant limitées, cela n'est pas possible. Par exemple, des demandes ont été reçues de Bredene, Heusden-Zolder, Houthalen, Hasselt, Leuven, Linkeroever et de la région 2020 à Anvers.

À **Bruxelles**, en raison de la forte demande d'accompagnement de CHW, une approche différente a été mise en œuvre, avec une structure et un contenu différents. Il s'agit d'une solution permettant de répondre à toutes les demandes, telles que l'organisation de permanences et d'ateliers, ainsi que l'accompagnement des bénéficiaires. En tenant compte des facteurs sociaux, administratifs et médicaux, le champ d'action a été élargi. Ainsi, les équipes des arrondissements de Neder-Over-Heembeek et de Bruxelles-Centre travaillent encore plus ensemble pour augmenter leur disponibilité. A Schaerbeek et Anderlecht, les équipes travaillent également ensemble sur des activités communes ou dans le cadre d'accompagnement. Le choix des lieux de permanences est déterminé par le public que l'équipe souhaite toucher, par exemple en organisant une permanence dans le quartier du Casque pour toucher un public senior, ou une permanence au Samu Social dans le cadre du projet "Casa" pour soutenir les femmes en situation de précarité, etc. En termes de contenu, chaque CHW s'est vu confier un rôle de référent sur des thèmes spécifiques : par exemple, les sans-abri, les personnes âgées, les personnes porteuses d'un handicap, les enfants en bas âge, les addictions, les demandeurs d'asile et les sans-papiers, etc.

En Wallonie, le quartier de Farciennes à Charleroi a été ajouté à la zone de travail de l'équipe locale des CHW.

7.2. Collaborations (à différents niveaux du programme)

Pour renforcer la mise en œuvre sur le terrain, diverses collaborations sont établies à tous les niveaux du programme CHW et dans toutes les équipes de CHW. En effet, les collaborations entre les CHW et les prestataires de soins de santé et de services sociaux jouent un rôle crucial dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé et de leur qualité. La collaboration avec différentes organisations et services locaux crée un échange précieux de connaissances, permet de mieux identifier les signaux structurels, améliore les soins aux personnes vulnérables et accroît la confiance dans les soins de santé au sein de ces communautés spécifiques. Cette année, l'Université d'Anvers a mené une étude sur les collaborations dans le cadre du programme CHW afin d'en savoir plus.

L'étude a montré que la structure de gouvernance du programme CHW est un facteur important dans l'établissement et le développement des collaborations. En effet, lorsque des collaborations sont établies au niveau fédéral ou régional avec d'autres organisations, projets et initiatives, cela facilite la mise en œuvre au niveau local. En outre, ces collaborations fédérales et régionales contribuent à diffuser le message, l'expertise et les connaissances du programme CHW.

À son tour, le contexte local dans les différentes villes où le programme CHW est présent crée diverses collaborations avec des dynamiques uniques et des priorités différentes. La recherche a exploré la manière dont ces collaborations se mettent en place, ce qui fait qu'une collaboration fonctionne bien ou ce qui l'entrave, etc. Les résultats ont montré que les partenaires de la collaboration accordent une grande importance à la mission du programme CHW, car ils ont le sentiment que les personnes reçoivent de meilleurs soins et sont mieux suivies. Les collaborations sont donc un élément important du programme pour garantir des soins de santé accessibles à tous.

Les résultats de l'enquête sont présentés dans la section suivante du rapport.

CHAPITRE 2

Rapport de recherche

Chaque année, le programme CHW comprend également un volet recherche, mené par des chercheurs indépendants de l'Université d'Anvers. Au cours de cette troisième année du programme CHW, une étude a été menée sur les collaborations entre les CHW et les prestataires de soins de santé et d'aide sociale, ainsi que sur les outils utilisés par les CHW pour faciliter leurs activités quotidiennes. Ce chapitre donne un aperçu des résultats de cette étude.

Nous commencerons le chapitre par une mise en contexte des sujets de recherche dans la littérature scientifique existante, puis nous décrirons notre méthodologie de recherche et nous diviserons la section des résultats en deux parties. La première partie est consacrée à l'examen des collaborations : comment elles naissent, comment elles fonctionnent, quels en sont les avantages et les défis. Dans une deuxième partie, nous nous pencherons sur les outils : quels sont les outils utilisés, comment ils sont perçus par les CHW et de quels outils pensent-ils avoir encore besoin. Tout au long de ce chapitre, nous formulerons également quelques recommandations sur la manière dont les collaborations et les outils peuvent être intégrés dans les années à venir.

1. Mise en contexte dans la littérature scientifique

1.1. Collaborations

Les collaborations entre les *Community Health Workers* (CHW) et les prestataires de soins de santé et d'aide sociale jouent un rôle crucial dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de soins de santé (Franklin et al. 2015; Mupara et al. 2022). Les CHW complètent les soins de santé classiques en répondant aux besoins de santé des communautés qui ne disposent pas encore d'un accès suffisant à ces soins de santé classiques, telles que les populations présentant une vulnérabilité socio-économique (Mupara et al. 2022; Washburn et al. 2022). La collaboration avec les CHW contribue à réduire les inégalités en matière de santé au sein de ces groupes et a des effets bénéfiques sur les résultats de leurs traitements (Franklin et al. 2015). Un facteur clé de la réussite de ces collaborations est la complémentarité des compétences et des connaissances des CHW et des prestataires de soins de santé et d'aide sociale classiques. D'une part, les CHW jouissent d'une grande confiance au sein des communautés et ont une bonne connaissance des contextes culturels, sociaux et économiques dans lesquels vivent ces communautés (Damio et al. 2017; Glenton, Javadi, and Perry 2021; Javanparast et al. 2018). Grâce à leur implication étroite, les CHW peuvent créer une voie vers les soins de santé formels : leur position au sein des communautés leur permet de faciliter l'accès à des soins efficaces, de fournir des informations sur la santé et éventuellement de coordonner les services préventifs (Glenton et al. 2021; Schaaf et al. 2020). D'autre part, les prestataires de soins de santé et d'aide sociale, tels que les médecins (généralistes), les infirmiers, les travailleurs sociaux et les autres prestataires de soins, disposent de connaissances (médicales) approfondies, de compétences spécialisées et d'une expertise qu'ils peuvent utiliser pour traiter des problèmes médicaux et sociaux complexes et coordonner les soins (Payne et al. 2017; Vaseghi, Yarmohammadian, and Raeisi 2022). Les meilleures chances pour une collaboration fructueuse avec le système de santé classique se présentent lorsque les CHW sont intégrés dans les soins de première ligne, où ils peuvent refléter et faire entendre la voix des communautés qu'ils atteignent (Franklin et al. 2015).

Les collaborations entre les CHW et les prestataires de soins de santé et d'aide sociale présentent donc de nombreux avantages, mais ne sont pas épargnées en termes de défis, qui contribuent à déterminer la qualité et les résultats des collaborations (LeBan, Kok, and Perry 2021). Jusqu'à présent, peu d'études ont été menées en Belgique ou en Europe concernant les collaborations entre les CHW et les prestataires de soins de santé et d'aide sociale. C'est pourquoi nous nous penchons ici principalement sur la littérature internationale provenant de pays où les CHW sont intégrés dans les soins de santé depuis plus longtemps. Les études portant sur la manière dont les CHW sont intégrés dans les

établissements et les équipes de soins de santé soulignent l'importance cruciale du contexte social, économique et politique dans lequel cette intégration se produit (LeBan et al. 2021). Bien entendu, ces contextes varient en fonction du pays ou de la région, et il est donc essentiel que les décideurs politiques tiennent compte de ces facteurs contextuels pour permettre une intégration réussie des CHW dans les systèmes de soins de santé.

En outre, la littérature scientifique internationale donne des indications sur divers facteurs de collaboration essentiels à la réussite d'une collaboration concrète. Il est en effet très important que la confiance que le bénéficiaire accorde au CHW ne soit pas entachée par des expériences négatives en matière de collaboration (LeBan et al. 2021). Par exemple, plusieurs chercheurs soulignent l'importance d'une bonne coordination et d'une bonne répartition des responsabilités : tant les rôles des CHW que ceux des prestataires de soins de santé classiques doivent être clairement définis dans le cadre de la collaboration (Franklin et al. 2015; LeBan et al. 2021). Il est important que les deux parties soient bien informées de leurs rôles respectifs : une communication claire et une éventuelle formation à ce sujet sont cruciales (Franklin et al. 2015). Une récente étude américaine a révélé que l'intégration des CHW dans des équipes interprofessionnelles peut être un processus qui prend du temps et qui peut parfois conduire à des conflits lorsque les modèles de soins classiques doivent être révisés (Washburn et al. 2022). Cela résulte souvent d'un manque de connaissance et de compréhension du rôle et de la valeur ajoutée des CHW, qui peut conduire à un sentiment de concurrence entre les prestataires de soins de santé classiques. Il est donc essentiel de fournir des informations claires sur la contribution et les capacités des CHW, et, pour les prestataires de soins de santé classiques, de s'engager activement dans l'intégration des CHW dans leurs activités. Une collaboration fructueuse entre les deux parties, fondée sur l'égalité, le respect et la confiance mutuelle, est essentielle pour obtenir des résultats positifs (Franklin et al. 2015; LeBan et al. 2021). Une communication efficace joue ici un rôle central. En outre, une compréhension commune des normes, des valeurs et des objectifs communs contribue à une collaboration harmonieuse.

Définition de « collaboration »

Pour examiner le fonctionnement des collaborations, il est essentiel de définir clairement ce qu'implique une telle « collaboration ». La littérature scientifique contient de nombreuses définitions et interprétations différentes du terme « collaboration » (Hammelburg, Lubbers, and Nauta 2014; Scheepers 2015; Vyt 2012). La différenciation s'opérant souvent selon la forme de collaboration, il existe des définitions de la « collaboration interprofessionnelle », de la « collaboration interdisciplinaire », de la « collaboration multiprofessionnelle », de la « collaboration multidisciplinaire », de la « collaboration en réseau », des « soins intégrés », etc. (Franklin et al. 2015; Hammelburg et al. 2014; Scheepers 2015; Vaseghi et al. 2022; Vyt 2008). Par conséquent, chaque forme de collaboration présente également des caractéristiques ou des conditions spécifiques qui doivent être remplies pour pouvoir parler de cette forme particulière de collaboration.

Dans le contexte du programme CHW, nous avons choisi d'utiliser la définition de la collaboration telle qu'elle est décrite par Hammelburg et ses collègues dans l'ouvrage « *Veranderende samenwerking in de zorg* » [Changer la collaboration dans le secteur des soins de santé] (Hammelburg et al. 2014). Ils y utilisent une définition de la « collaboration dans les soins aux patients » (p. 18), que nous avons considérée comme étant la plus appropriée pour définir les collaborations au sein du programme CHW. Contrairement à de nombreuses autres définitions dans un contexte international, qui se concentrent sur des systèmes de soins de santé très différents du système belge et qui mettent souvent l'accent sur les équipes de soins de santé au sein d'une même institution ou structure hiérarchique, cette définition est plus précise et s'applique mieux aux liens de collaboration dans le cadre du programme CHW.

La définition est la suivante :

« Plusieurs professionnels de la santé participent (simultanément ou successivement) aux soins du même patient ; ce faisant, ils échangent des connaissances et des informations concernant un patient et partagent ces connaissances et ces informations dans la mesure où elles sont nécessaires à la bonne exécution d'une tâche spécifique. Cela implique la transmission d'un professionnel de la santé à un autre, mais également la coordination lorsque plusieurs professionnels de santé s'occupent simultanément d'un patient. Il peut s'agir d'une équipe, d'une institution, mais aussi de professionnels de santé issus d'équipes ou d'institutions différentes.

La collaboration en matière de soins directs aux patients est possible à différents niveaux :

- *en équipe* autour du patient (salle d'urgence, soins intensifs ou bloc opératoire), en se voyant et en se parlant directement.
- *successivement*, lorsqu'un prestataire de soins de santé oriente le patient vers un autre prestataire (par ex. le médecin généraliste renvoie à un spécialiste), ce qui implique une transmission.
- *à titre consultatif*, lorsqu'un prestataire de soins de santé en consulte un autre sans que celui-ci ait à voir le patient.
- *à distance*, lorsque, par exemple, un prestataire de soins de santé demande des informations à un autre pour optimiser son propre traitement ou son accompagnement (par ex. un médecin du travail demande des informations à un spécialiste en médecine curative ou à un psychologue, sans jamais voir le médecin en question).

Pour échanger et évoluer en harmonie, les deux parties doivent poursuivre un objectif commun et savoir qu'elles dépendent l'une de l'autre pour l'atteindre. Cet objectif commun peut consister à établir le bon diagnostic, à proposer et à mettre en œuvre un traitement approprié (efficace et accepté), à se renvoyer des patients communs ou envoyer un patient de l'un à l'autre. Partager ces connaissances et ces informations sur le patient et convenir de stratégies peut aboutir à un meilleur résultat que dans le cas où ces informations n'auraient pas été partagées.

La collaboration dans le cadre des soins aux patients n'a pas seulement lieu entre les prestataires de soins de santé, mais aussi entre les prestataires de soins de santé et les patients, les proches, les organisations et bien d'autres encore. »

En étudiant les collaborations au sein du programme CHW et les modalités spécifiques de mise en œuvre de ces collaborations, ainsi que les objectifs fixés, nous essayons de déterminer si cette définition théorique se reflète dans la pratique des CHW. Nous nous concentrons ici sur l'identification des partenaires de collaboration, la manière de collaborer et les objectifs visés. Cela nous aidera également à comprendre la mise en œuvre pratique et l'impact du programme CHW dans le contexte local.

Importance de la structure de gouvernance du programme CHW dans le contexte de l'étude

Comme décrit dans la première partie de ce rapport, le programme belge CHW est doté d'une structure de gouvernance fédérale comportant des antennes régionales et locales. Cette structure fournit un cadre pour des collaborations à plusieurs niveaux, permettant de réaliser les différents objectifs du programme CHW. Par exemple, au niveau local, il est possible de collaborer pour promouvoir la santé des individus, tandis qu'aux niveaux régional et fédéral, l'objectif est de renforcer et de rendre plus accessible l'infrastructure globale de la santé en Belgique par le biais d'une collaboration avec divers acteurs et organisations.

Les contextes locaux dans lesquels opèrent les CHW étant différents, les priorités des collaborations sont adaptées aux besoins spécifiques de chaque ville. Cela permet de répondre avec flexibilité aux besoins locaux. Pour mieux comprendre cette diversité des collaborations, cette étude s'est principalement concentrée sur les collaborations à l'échelle locale.

1.2. Outils

Les CHW utilisent souvent divers « outils » de soutien, ou ressources, pour améliorer à la fois leur travail et les résultats en matière de santé des bénéficiaires et de leur communauté (Schleiff et al. 2021). Ces outils de soutien sont essentiels pour promouvoir l'efficacité du travail des CHW (Scott et al. 2018; World Health Organization 2020). De manière générale, il est possible de trouver plusieurs catégories d'outils de soutien dans cette littérature :

- **Outils pratiques** : pour effectuer correctement leur travail, les CHW ont besoin d'outils pratiques en matière de soutien, par exemple des ressources technologiques telles qu'un smartphone ou un ordinateur portable, ou de moyens de transport tels qu'un vélo (World Health Organization 2020)
- **Outils de soutien numérique** : de nombreux programmes CHW internationaux utilisent des outils de soutien numérique. Il peut notamment s'agir de systèmes d'enregistrement permettant de gérer les données relatives aux bénéficiaires ou de surveiller les indicateurs de santé au sein de la communauté, ou de systèmes d'information permettant d'accéder aux informations médicales (Abreu et al. 2021; Braun et al. 2013). L'utilisation de ces systèmes peut aider, entre autres, à identifier les besoins de santé dans les communautés, à planifier les interventions en matière de soins et à évaluer l'efficacité des programmes CHW (ibidem).
 - Applications mobiles : une catégorie spéciale de ces outils de soutien numériques comprend toutes sortes d'applications mobiles qui soutiennent les CHW dans leur travail. Ces applications peuvent notamment aider les CHW à tenir les dossiers des bénéficiaires, à récupérer des informations sur la santé et d'autres informations, ou sont utilisées comme outils de communication (Abreu et al. 2021; Early et al. 2019; Feroz, Khoja, and Saleem 2021; Greuel et al. 2023). Les applications mobiles sont également parfois utilisées pour offrir aux CHW des possibilités de formation (Greuel et al. 2023; Schleiff et al. 2021; Winters et al. 2019).
- **Formation et outils pédagogiques** : pour s'acquitter au mieux de leurs tâches et remplir leur rôle, les CHW ont également besoin de formations et d'outils pédagogiques (Glenton et al. 2021; Schleiff et al. 2021). Ces formations peuvent être proposées sous de nombreuses formes, y compris par le biais d'outils mobiles (Greuel et al. 2023; Schleiff et al. 2021). En outre, les outils éducatifs tels que les cartes d'information peuvent également aider à la transmission de connaissances aux bénéficiaires (Kok et al. 2015; World Health Organization 2020). Grâce à ces outils, les CHW peuvent acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des services de soins de santé efficaces dans leurs communautés et transmettre ces connaissances (Glenton et al. 2021).
- **Équipement médical et outils de diagnostic** : en fonction du contexte et de la mission au sein d'un programme CHW, les CHW ont parfois besoin d'équipement médical tel que des tensiomètres, des thermomètres, des glucomètres, ou des listes de contrôle et des tests de diagnostic pour des maladies spécifiques telles que, par exemple, le VIH ou le Covid-19 (Abreu et al. 2021; Schleiff et al. 2021; Suhartono et al. 2022; World Health Organization 2020). Ces outils permettent notamment d'évaluer et de surveiller la santé des bénéficiaires.

Il est important de souligner que l'utilisation des outils de soutien varie considérablement d'une étude à l'autre. Les études internationales sur les outils utilisés par les CHW sont souvent étroitement liées au contexte local spécifique, comme dans les pays à faible et moyen revenu, ou aux tâches spécifiques d'un programme CHW particulier, comme le dépistage du VIH ou du covid-19. En outre, la disponibilité des ressources et des infrastructures varie considérablement d'une communauté à l'autre, d'un contexte à l'autre et d'un pays à l'autre où les CHW exercent leurs activités (World Health Organization 2020).

1.3. Questions d'étude

Les questions d'étude liées aux collaborations sont les suivantes :

- Quelles sont les collaborations existantes aux différents niveaux du programme ?
 - Au niveau local, quelles collaborations existent entre les CHW et les autres prestataires de soins de santé et d'aide sociale ?
- Comment ces collaborations naissent-elles et se déroulent-elles ?
 - Quels sont les facteurs qui facilitent ou entravent la collaboration ?
- Comment les collaborations sont-elles évaluées ?

Les questions d'étude liées aux outils sont les suivantes :

- Quels sont les outils utilisés par les CHW ?
- Comment ces outils sont-ils évalués ?
- De quels outils les CHW ont-ils encore besoin ?

2. Méthodologie

2.1. Approbation éthique

L'étude a été soumise au Comité consultatif d'éthique pour les sciences sociales et humaines de l'Université d'Anvers, qui a donné son consentement éthique (SHW_2023_7_1).

2.2. Consentement éclairé

Une procédure de consentement éclairé a été suivie au début de chaque entretien. Tout d'abord, le participant a été informé de l'objectif et du déroulement de l'étude à l'aide d'un formulaire d'information et de consentement. Le participant avait ensuite la possibilité de poser des questions sur l'étude et, si tout était clair, il était invité à signer le formulaire en deux exemplaires : l'un destiné au participant et l'autre au chercheur. Ces formulaires comportaient également les coordonnées des chercheurs, de sorte qu'après l'entretien, le participant avait la possibilité de les contacter en cas de questions ou pour mettre fin à sa participation à l'étude. Ces formulaires étaient disponibles en néerlandais et en français, selon la langue parlée par le participant.

2.3. Recherche à méthodes mixtes

L'étude a utilisé une méthodologie des méthodes mixtes : une combinaison d'éléments de recherche qualitative et quantitative. L'étude s'est concentrée sur le niveau local, c'est-à-dire sur les collaborations et l'utilisation des outils par les CHW eux-mêmes, et sur la mise en œuvre quotidienne du programme CHW « sur le terrain ». Pour approfondir les collaborations et l'utilisation des outils, des entretiens individuels approfondis ont été menés, par paires de collaborations : à la fois un CHW et un « partenaire de collaboration » ont été interrogés. Par « partenaire de collaboration », nous entendons un prestataire de soins de première ligne ou un représentant d'une organisation avec laquelle le CHW collabore ou a tenté d'établir une collaboration. Ces derniers ont été interrogés afin de mieux comprendre les éventuels obstacles à la collaboration.

En interrogeant à la fois le CHW et le partenaire, nous avons pu documenter les deux points de vue sur la collaboration. Ces entretiens ont eu lieu séparément, à des moments différents. Dans certaines villes, deux partenaires ont été interrogés, à la fois un médecin généraliste et un partenaire de la société civile, lors d'une étude complémentaire réalisée dans le cadre d'un mémoire de master en médecine générale. Ainsi, un total de 15 entretiens avec des CHW et de 18 entretiens avec des partenaires ont été menés. La section des résultats résume les données sociodémographiques des participants. Avant l'entretien, afin de faciliter la discussion, les CHW ont été invités à remplir un formulaire préparatoire dans lequel il leur était demandé d'énumérer toutes leurs collaborations et les outils qu'ils utilisaient dans leur travail. Les CHW et les partenaires ont été interrogés sur divers aspects de leur collaboration. Les questions concernaient entre autres la manière dont la collaboration est née, la manière dont elle s'est déroulée, les facteurs qui ont contribué à sa réussite, les défis éventuels qui se sont posés et la manière dont les collaborations ont été évaluées. Les CHW ont été interrogés non seulement sur leur collaboration avec des partenaires, mais aussi sur l'utilisation d'outils dans leur travail quotidien.

En outre, les responsables d'équipe de chaque ville ont été invités à remplir deux documents. Le premier document demandait un résumé des outils utilisés au sein de l'équipe, de leurs objectifs, de leurs évaluations et de leurs besoins éventuels. Le second document était un tableau à remplir concernant les collaborations entre les CHW et leurs partenaires dans la ville. Le premier onglet demandait des informations quantitatives sur les partenaires de collaboration, y compris des détails sur la fréquence des contacts, le niveau de collaboration et le type de collaboration. Le deuxième onglet comprenait des questions ouvertes visant à recueillir des informations qualitatives approfondies. Ces questions portaient, entre autres, sur l'établissement de collaborations, les facteurs de réussite ou les obstacles à la collaboration, etc. À l'aide de modèles, des informations ont également été collectées concernant les collaborations aux niveaux méso et macro, c'est-à-dire aux niveaux régional et fédéral. Un tableau a été rempli par les coordinateurs régionaux et fédéraux à cette fin, cf. l'exemple ci-dessous.

Région	Contact <i>Indiquez ici avec quel(le) organisation, projet, administration il y a eu un contact et sous quelle forme</i>	Contenu du contact/de la concertation <i>Décrivez succinctement ici l'objectif du contact/de la concertation : par ex. collaboration autour d'une thématique en particulier...</i>	Résultat du contact/de la concertation <i>Décrivez brièvement le résultat de la concertation : par ex. mise en place d'une collaboration structurelle</i>	Suivi supplémentaire ? <i>De quelle manière ce contact sera-t-il suivi ? Le prochain contact est-il déjà prévu ?</i>
Fédéral				
Flandre				
Bruxelles				
Wallonie				

En ce qui concerne les outils, deux séances de feedback ont été organisées avec les CHW interrogés. Les résultats de l'étude sur les outils y ont été expliqués, et des recommandations concrètes pour l'optimisation des outils formulées. La participation à ces groupes de discussion était entièrement volontaire et chaque entretien a duré environ une heure.

Au total, sept CHW ont participé à deux groupes de discussion en ligne : un en néerlandais avec trois CHW flamands et un en français avec quatre CHW francophones.

2.4. Sélection des personnes interrogées

Au cours d'une séance d'information, tous les CHW et les coachs ont été informés de l'objectif et de l'organisation de l'étude. Suite à cette séance, tous les coachs ont reçu un formulaire dans lequel ils pouvaient indiquer les coordonnées des CHW intéressés pour participer, ainsi que certaines données sociodémographiques de ces CHW. Ces informations ont été collectées afin que les chercheurs puissent sélectionner les personnes qui seront interrogées sur la base de ces critères, de manière à obtenir une représentation équilibrée en termes de sexe, d'origine et d'âge. Les CHW sélectionnés ont ensuite été contactés par e-mail et invités à participer à l'étude. Les coachs ignoraient qui avait été finalement sélectionné pour l'étude. Sur la base des informations fournies dans le formulaire préparatoire, et en concertation avec le CHW lui-même, un partenaire a également été invité à participer à un entretien. Il s'agissait ici d'obtenir une représentation équilibrée des collaborations, tant avec les partenaires issus de professions médicales qu'avec les prestataires de soins de santé de première ligne, ainsi que du déroulement de la collaboration.

2.5. Collecte et analyse des données

Les entretiens ont été menés en néerlandais ou en français, selon la préférence linguistique du participant. Un entretien a été mené en anglais. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un enregistreur audio, pour lequel le consentement explicite des participants a été demandé au cours de la procédure de consentement éclairé. Les enregistrements audio ont été retranscrits à la lettre par un organisme agréé (Thedge BV), avec lequel un accord de traitement a été signé à des fins de protection des données. Des modèles de collecte de données aux niveaux fédéral, régional et des équipes ont été mis à disposition sur la plateforme Sharepoint du programme CHW, et les responsables ont été invités à les remplir avant une certaine date via e-mail.

Les transcriptions des entretiens ont été importées dans le programme d'analyse qualitative NVivo 14. Les résultats ont été analysés selon les principes de l'analyse thématique (Braun and Clarke 2006; Campbell et al. 2021). Cette méthodologie est composée de six étapes, qui ont été appliquées de manière flexible : (1) se familiariser avec les données en lisant et relisant les transcriptions des entretiens, (2) générer des codes initiaux qui émergent des données et cartographier le contenu des entretiens, (3, 4 et 5) rechercher, analyser et définir des thèmes qui reflètent les liens et les explications qui ressortent des codes initiaux, et (6) traiter les résultats de l'analyse dans un rapport d'étude.

Ces analyses ont été triangulées et complétées par les données recueillies dans les documents à compléter, remplis par les coachs et les coordinateurs régionaux et fédéraux. Les données quantitatives des formulaires d'équipe ont été compilées dans un seul document Excel récapitulatif et analysées à l'aide des fonctions disponibles dans Excel, telles que les tableaux croisés dynamiques. Les informations qualitatives tirées des formulaires ont été analysées en même temps que les données qualitatives issues des entretiens.

3. Résultats

Les résultats de l'étude seront présentés dans la section suivante. Les collaborations aux niveaux régional et fédéral sont abordées dans un premier temps. Viendront ensuite les collaborations au niveau local. L'étude s'étant principalement concentrée sur ces collaborations locales, celles-ci sont présentées plus en détail.

3.1. Collaborations au niveau fédéral

Les coordinateurs fédéraux et régionaux ont été invités à dresser la liste des collaborations ou des prises de contact en vue d'une éventuelle collaboration dans un formulaire à remplir. Nous en donnons ici un aperçu.

Au niveau fédéral, plusieurs contacts ont été établis avec d'autres acteurs disposant d'une structure de gouvernance fédérale ou régionale, ce qui peut faciliter l'intégration et la collaboration au niveau local. Par exemple, quelques réunions ont été organisées avec le programme Born in Belgium, qui fait également partie des projets du livre blanc sur l'accessibilité aux soins, afin de mieux connaître les activités de chacun et d'explorer les possibilités de collaboration sur le terrain. Il a été convenu qu'il serait opportun d'approfondir la collaboration concrète dans les lieux où les deux programmes sont présents, comme dans la ville de Tirlemont. Un contact similaire a été établi avec l'organisation de la société civile *Wiegwijs*. Un moment d'échange a été programmé mais a dû être reporté à 2024 en raison de la maladie d'un trop grand nombre de participants. Au cours de cette réunion, les coachs et les coordinateurs seront présents et les deux organisations présenteront leurs activités l'une à l'autre. Des liens seront notamment être établis entre les coachs et les équipes d'appui locales de *Wiegwijs*. À l'avenir, les coachs organiseront séparément une concertation avec le responsable *Wiegwijs* du centre d'accueil dans la ville où ils sont actifs afin de mettre en place une collaboration concrète plus poussée. Une concertation a également été lancée entre la DG Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale et les coachs des CHW en Flandre. Les noms des responsables y ont été échangés afin qu'ils puissent être contactés directement. Des brochures ont également été transmises pour que les informations sur les services puissent être plus facilement partagées avec les CHW et leurs bénéficiaires.

Le programme CHW collabore également avec diverses organisations au niveau fédéral à des fins de partage des connaissances et de l'expertise. Une collaboration avec le service Experts du vécu du SPP Intégration sociale a été mise en place pour développer la politique en matière de signaux structurels au sein du programme CHW. Des connaissances et des expériences sont échangées sur la politique et l'approche de chacun en matière de signaux, et les moyens de les combiner sont examinés afin de parvenir à des signaux unifiés et plus forts. En outre, la KU Leuven a fait appel à l'expertise du programme CHW pour obtenir des conseils sur la conception des questionnaires dans le cadre de certains de ses projets. Grâce à leurs questionnaires, les chercheurs souhaitent évaluer les connaissances de la population sur le système de santé, les expériences liées aux barrières linguistiques et les connaissances en matière de premiers secours. Le contenu de l'étude étant étroitement lié à la tâche de saisie de signaux structurels dans le cadre du programme CHW, il a été convenu que les chercheurs maintiendraient le contact et planifieraient d'autres moments dédiés aux feedback.

3.2. Collaborations au niveau régional

Collaborations dans la région flamande

En **Flandre**, de nombreuses organisations ont été consultées en vue d'une collaboration. Des collaborations autour des soins intégrés sont en cours dans plusieurs villes. Il s'agissait notamment d'un entretien avec le projet « *Verbonden in ZOHrg* » dans le sud-est du *Hageland*, entretien qui s'est concentré sur la ville de Tirlemont. Le projet est axé sur l'aspect « centré sur le patient » au sein des thématiques de santé liées au « début de la vie » et à la « fin de vie ». Une collaboration active est actuellement en cours, dans le cadre de laquelle il a été convenu que les CHW peuvent jouer un rôle actif lorsqu'il s'agit du « début de la vie ». Le projet s'adresse également à des partenaires qui peuvent être consultés dans les cas où la fin de vie occupe une place centrale. Une concertation formelle au niveau de la coordination a également eu lieu avec *De Koepel vzw*, mieux connue sous le nom de Sibe, le partenariat soins intégrés dans, entre autres, les zones de première ligne d'Ostende-Bredene. Lors de cette concertation, des accords ont été conclus, notamment en matière de case management. À Ostende, la collaboration est déjà active, les CHW étant des partenaires actifs qui s'efforcent principalement de détecter et d'orienter correctement les cas.

Des moments de concertation sont souvent organisés avec différents partenaires au niveau des coordinateurs en vue de renforcer et de faciliter les collaborations locales. Il a donc été convenu entre le Service social des mutualités et les coordinateurs que chaque ville organiserait un échange pratique entre les CHW locaux et le personnel du service social. Dans plusieurs villes, il existe déjà des collaborations concrètes et des références, mais les concertations se sont jusqu'à présent déroulées au niveau des coachs ou des coordinateurs. Afin d'encourager la concertation au niveau local, les moments d'échange pratique par ville seront l'occasion d'expliquer les activités des uns et des autres et de discuter de cas pratiques. Par la suite, la manière dont ces moments d'échange peuvent être mis en œuvre de manière plus structurelle et la possibilité d'impliquer d'autres partenaires devront être examinées. Un parcours similaire a été entrepris avec *Rebelle vzw*, qui lutte pour l'égalité des chances pour les femmes. Son attention est entre autres concentrée sur les femmes en position de vulnérabilité et elle travaille avec des équipes d'appui. Après une concertation au niveau de la coordination, chaque coach CHW a contacté l'antenne locale de *Rebelle vzw* dans sa ville, et les collaborations sont développées au niveau local. Une concertation a également été organisée avec *Alin vzw*, une organisation d'assistance aux personnes souffrant d'un handicap et à leur réseau, afin de mieux connaître les activités de chacun et de voir comment une collaboration peut créer un renforcement mutuel. Il a été convenu que lorsque les CHW entrent en contact avec une personne du groupe cible, d'autres contacts doivent suivre. Des réunions au niveau des coordinateurs ont été organisées avec *Reakiro vzw*. Cette organisation, active en Flandre occidentale et dans le Brabant flamand, se concentre sur les personnes qui souhaitent mourir en raison de problèmes psychologiques et leur redonne des perspectives. À Ostende et à Tirlemont, les coachs, en collaboration avec le personnel de l'asbl, étudient la manière dont les CHW peuvent orienter vers *Reakiro* les personnes se trouvant dans cette situation particulièrement vulnérable. À Anvers, une concertation a été organisée au niveau de la coordination avec la 'Huis van het Kind' afin de déterminer les points de convergence avec le programme CHW et si l'action locale des CHW à Anvers pourrait être étendue. Le coach local se charge de renforcer cette collaboration.

Des efforts sont également déployés au niveau flamand pour le partage des connaissances et de l'expertise. Plusieurs réunions ont été organisées avec le *Mantelzorgplan*. Un représentant du programme CHW a été invité à participer à un groupe de travail sur l'attribution automatique des droits. De cette manière, le *Mantelzorgplan* vise à garantir que la voix des personnes sur le terrain auprès des plus vulnérables soit également entendue.

En 2024, ce groupe de travail formulera un avis à l'intention des responsables politiques. Deux moments de concertation ont eu lieu avec le Vlaams Expertisecentrum Dementie (centre flamand d'expertise de la démence), au cours desquelles il a été question d'aborder le sujet de la démence au sein des groupes vulnérables plus difficiles à atteindre. Les CHW détermineront la mesure dans laquelle ce thème est en résonance avec leur groupe cible et, sur cette base, en collaboration avec le centre d'expertise, les actions qui peuvent être entreprises et la manière de les entreprendre. Avec *Kom Op Tegen Kanker (KOTK)*, un partenaire régulier dans le cadre de collaborations sur divers thèmes, les CHW unissent leurs forces dans le cadre d'un projet sur l'interprétation sociale. Les CHW ont pris des mesures pour encourager l'interprétation en milieu social chez les médecins. Les choses ne se sont toutefois pas révélées évidentes dans la pratique, car un médecin doit entreprendre de nombreuses démarches administratives pour permettre l'interprétation en milieu social. Ces résultats ont été transmis au KOTK dans le cadre du rapport final du projet. À Ostende a été testée la demande fédérale d'utiliser activement Zipster, une plateforme d'orientation numérique qui aide les prestataires de soins de santé et d'aide sociale à s'adresser aux acteurs de bien-être locaux. Cette solution s'est cependant révélée impossible à mettre en œuvre et un feedback sur ce point a été transmis. Si le programme s'adapte mieux aux besoins de fonctionnement des CHW à l'avenir, l'utilisation pourrait être relancée. Les actions CHW, avec la région de Bruxelles, ont été présentées à l'AIM (Association internationale de la Mutualité). L'objectif était de présenter aux membres de l'AIM de toute l'Europe le fonctionnement des CHW et la manière d'approcher les groupes vulnérables. De nombreux échanges ont également eu lieu sur le travail de proximité dans le domaine des soins de santé. En 2024, des efforts seront déployés pour maintenir ce contact et attirer encore plus l'attention sur la question. Les concertations avec LOGO (*LOkaal GezondheidsOverleg*) étaient déjà sporadiques. L'objectif est de les systématiser et d'impliquer les CHW dans les actions que LOGO met en place. Il a également été convenu que les CHW signalent aux collaborateurs de LOGO les besoins des quartiers dans lesquels ils opèrent. Ainsi, des contacts peuvent être établis avec d'autres organisations pour répondre à ces besoins. Pour ce faire, les coordonnées du personnel local de LOGO ont été fournies afin qu'il y ait un point de contact pour chaque ville. Une évaluation de cette collaboration est prévue courant 2024.

Collaborations dans la région de Bruxelles

De nombreuses collaborations existent à Bruxelles, notamment avec les services sociaux, diverses ASBL, les organismes de santé bruxellois, les centres de services locaux, les organismes de prévention et d'autres partenaires. En raison du contexte spécifique de Bruxelles, délimité séparément dans le programme CHW à la fois comme une région et comme une ville, les collaborations régionales peuvent coïncider avec les collaborations locales. En outre, de nombreuses collaborations ont lieu au niveau des différentes municipalités bruxelloises, qui peuvent parfois couvrir plusieurs quartiers dans lesquels les CHW opèrent. Avec les Maisons Médicales, par exemple, les collaborations se font à la fois au niveau régional et au niveau local. Par exemple, des réunions de coordination sont régulièrement organisées avec la Fédération des maisons médicales pour coordonner les actions sur le terrain. Dans le cadre de ces actions, il existe une collaboration avec divers projets pilotés par la Fédération. Une collaboration similaire a lieu avec la concertation "veille sanitaire dans le secteur du sans-abrisme", coordonnée par Bruss'Help, qui organise régulièrement des réunions avec différentes organisations de terrain ainsi qu'avec les autorités publiques. Ces réunions ont pour but de partager des constats de terrain et de fournir des informations dans le domaine de la santé et du sans-abrisme (rues, squats, abris d'urgence, refuges, etc.).

Plusieurs réunions de coordination et ateliers ont également eu lieu avec Brusano en 2023 dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Social Santé Intégré (PSSI). Cette coopération se poursuivra dans les années à venir.

Il existe une coopération avec la Fédération des Services Sociaux (FDSS) pour promouvoir le travail commun sur le terrain. Des réunions communes ont lieu régulièrement à cet effet, auxquelles participent par exemple les projets Relais d'Action de Quartier (RAQ) ou Brico.

En 2023, des réunions de coordination ont été organisées à cinq reprises avec les projets RAQ, Chargés de prévention et de promotion en santé de la Fédération des Maisons médicales (CPPS) et Conseillers en santé (projet intermutualiste). Une réunion commune avec les travailleurs de ces différents programmes a également été organisée en avril 2023 pour présenter le Plan Social Santé Intégré (PSSI).

Le projet ALCOV (Agir Localement COntre le Virus), mis en place par la Commission communautaire commune (Cocom) pendant la crise de la Covid-19 pour assurer le lien local entre les secteurs sanitaire et social et les populations vulnérables, s'est réunie à deux reprises avec le cabinet d'Alain Maron, le ministre bruxellois de l'Action sociale et de la Santé. Dans le cadre de cette collaboration, les résultats obtenus sur le terrain par les différents acteurs sont suivis et partagés lors de plusieurs présentations et réunions.

La collaboration avec BruPrev en 2023 a porté sur le développement du test colo, un test de dépistage du cancer du côlon. Lors du développement de ce test, les CHW ont apporté leur expertise, notamment pour assurer une communication adaptée à la culture du public cible.

Il existe également des collaborations en région bruxelloise impliquant d'autres régions dans le cadre du programme CHW. Il s'agit par exemple de la coopération avec l'AIM en collaboration avec la région flamande, ainsi que de la coopération avec le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP) en collaboration avec la région wallonne et la communauté germanophone.

Collaborations en Wallonie et dans la communauté germanophone

Une coopération cruciale dans la région de Wallonie et la communauté germanophone concerne le partenariat avec le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP). Comme expliqué dans la première partie de ce rapport, cette coopération comprend l'intervision et, depuis 2023, il y a également un effort conjoint pour aborder les questions de dépendance. Plusieurs stratégies ont été développées et appliquées pour soutenir les CHW à Bruxelles et en Wallonie, en renforçant leurs compétences dans l'approche de l'assuétude. Pour de plus amples informations sur cette collaboration, veuillez-vous référer à la chapitre deux. En collaboration avec le RWLP, les CHW participent également à des conférences et à des événements tels que la Journée mondiale de lutte contre la pauvreté.

Cette année, une initiative innovante a été lancée dans le cadre des soins intégrés par le SPF Santé publique et la Province de Liège, avec plusieurs partenaires du secteur. Cette initiative fait suite à un projet pilote en 2021 visant à améliorer la coopération entre les acteurs du secteur hospitalier et ceux du secteur résidentiel pour personnes âgées ou handicapées. Le gouvernement wallon vise à étendre cette coopération à tous les prestataires de soins primaires, afin de renforcer les connexions mutuelles et d'assurer une meilleure prise en charge sur le terrain. Cela permettra d'assurer une meilleure continuité des soins, ainsi qu'une réduction des durées d'hospitalisation.

Un premier symposium de ces acteurs a eu lieu le 16 décembre. L'objectif de cette journée était d'encourager les projets à relever de nouveaux défis afin de mieux se connaître, d'avoir une vision et des objectifs communs et de développer ensemble des projets innovants dans l'intérêt et le respect de tous. Plusieurs partenaires ont participé à cette journée, dont Chronicopôle, le réseau hospitalier universitaire Elipse, le réseau de santé MOVE, et plusieurs Centres Locaux de Promotion de la Santé, entre autres. Les ateliers ont été organisés par zones géographiques d'intervention, en se concentrant sur des thèmes tels que les besoins en matière de santé mentale et physique.

Lors de ce premier symposium, l'utilité du programme CHW est apparue clairement à tous les partenaires de la province de Liège. D'autres réunions entre les différents partenaires ont déjà eu lieu. Par exemple, le programme CHW a été présenté aux réseaux Move et Elipse, les deux réseaux hospitaliers de la province de Liège. Avec les coordinateurs de ces réseaux, des collaborations au sein des soins primaires et secondaires ont été envisagées, dans la perspective du futur décret Proxisanté. D'autres groupes de travail thématiques seront mis en place en 2024 et le symposium sera répété chaque année pour partager les progrès des collaborations, établir de nouveaux groupes de travail et développer davantage les priorités clés. Une amélioration constante reste nécessaire pour adapter les méthodes de travail et répondre aux besoins du terrain.

En Wallonie, il y a eu une coopération étroite au niveau de la coordination avec le projet "Agent de prévention Wallon". Les représentants des deux initiatives, issus des différentes mutualités, se sont réunis pour discuter de la manière de construire des ponts.

Ils ont décidé de réunir les différentes équipes à Charleroi et à Liège en se basant notamment sur les zones géographiques d'actions. Ces réunions au niveau local ont permis d'étudier la manière de travailler ensemble, de convenir de l'organisation conjointe d'activités et de créer un soutien pour des thèmes communs. Il a également été convenu de répéter ces consultations chaque année afin de continuer à promouvoir les échanges entre les deux initiatives.

Une coopération étroite a également été établie avec les réseaux de santé mentale pour adultes afin de mettre en place des interventions pour les CHW, ainsi que des collaborations avec les psychologues de première ligne. Une intervention a déjà eu lieu à Liège en collaboration avec Fusion Liège, et une intervention similaire sera bientôt organisée à Charleroi avec le Réseau Mosaïques. En outre, des réunions régulières ont lieu avec les psychologues de première ligne, et cette coopération sera encore étendue à l'avenir.

À Bruxelles et en Wallonie, une collaboration a été mise en place avec le projet Experts de vécu afin d'explorer les possibilités de collaboration au niveau local. Le projet a été présenté aux équipes des CHW, suivi d'une réflexion sur les possibilités de collaboration sur le terrain. En outre, les experts de vécu ont participé à des réunions avec le RWLP.

Une réunion a également été organisée en 2023 avec un chef de projet de [Pactsanté](#) et la coordinatrice du projet [Chronicopôle](#) (projets pour les soins intégrés de la zone de Hainaut Centre et de Liège) afin d'échanger autour des actions et missions respectives et réfléchir à d'éventuelles collaborations. Au cours de ce processus, il a été décidé d'effectuer une analyse plus approfondie des similitudes et des différences entre les projets à l'avenir afin de collaborer de manière plus ciblée.

3.3 . Collaborations au niveau local

Cette étude s'est concentrée sur les collaborations au niveau local. La section suivante concerne les résultats et met en lumière les données relatives aux collaborations recueillies lors des entretiens individuels approfondis avec les CHW et leurs partenaires de collaboration, ainsi que les données quantitatives et qualitatives des formulaires d'équipe complétés.

Avec qui les CHW collaborent-ils ?

Le programme CHW se concentre sur l'orientation des personnes en situation de vulnérabilité sociale vers et dans le système de santé belge. Les formulaires remplis ont révélé que pour atteindre cet objectif, de nombreux partenaires différents collaborent. Au total, 522 collaborations ont été signalées. Le tableau ci-dessous présente les totaux par équipe. Il est important de noter que le niveau de détail de l'étude varie d'une équipe à l'autre, de sorte que les chiffres peuvent différer en réalité.

Tableau2 : nombre de collaborations rapportées par ville

Anvers	Bruxelles	Charleroi	Genk	Gand	Liège	Ostende	Tirlemont	Verviers Eupen
91	52	50	47	92	58	83	17	32

Dans ces formulaires à remplir, les équipes pouvaient ensuite indiquer le type de partenaire pour chaque collaboration à l'aide de listes déroulantes. Les catégories utilisées correspondent aux classifications fournies dans l'outil d'enregistrement du programme prévu pour l'enregistrement des partenaires. Le tableau ci-dessous indique le nombre de chaque type de partenaires par équipe.

Tableau 3: nombre de partenaires par type de partenaire de collaboration tel qu'indiqué dans les formulaires d'équipe

Type de partenaire de collaboration	Anvers	Bruxelles	Gand	Liège	Ostende	Tirlemont	Verviers Eupen	Total final
Autres	20	13	46	9	23	9	7	128
Pharmacie				1				1
Services pour les personnes souffrant d'un handicap	4	1	1				1	7
Planification familiale	1		3	2			1	7
Médecin généraliste	1	1		1	2			5
Service juridique	2		2					4
Service juridique				1			1	2
ONE	2		1	1	1		2	7
CPAS	2	2	3	3	5		2	17
Médecin spécialiste					14	2		16
Thérapeute	2					1		3
asbl	22	30	20	32	14	4	12	134
Maison médicale	2	4	11	7	2	1	3	30
Hôpital	8		4		5		2	19
Établissement de soins	7			1	6			14
(vide)	18	1	1		11		1	78
Total final	91	52	92	58	83	17	32	472

Concernant le tableau ci-dessus, quelques limitations sont à noter. Par exemple, les données pour les villes de Charleroi et de Genk sont manquantes car elles étaient incomplètes. Pour Anvers et Ostende, le type de partenaire de certaines collaborations n'a pas été renseigné (voir catégorie « vide »). En outre, le nombre de partenaires dans la catégorie « autres » semble élevé pour de nombreuses équipes, car plusieurs catégories de partenaires n'ont pas été incluses dans les classifications proposées. Il s'agit notamment des institutions religieuses (telles que les mosquées) et les écoles. Certaines équipes ont également placé les mutualités (partiellement) dans cette catégorie, tandis que d'autres les ont placées dans les « établissements de soins ». Certaines catégories de la liste déroulante proposée n'ont pas été cochées du tout : « médecin-conseil », « labo (prélèvement sanguin) », « maison de repos et de soins » et « centre de vaccination/de dépistage ».

Sur la base de ces limitations et des enseignements tirés des données qualitatives, nous proposons d'élargir la catégorisation. Dans le tableau ci-dessous, les types de partenaires qui sont apparus au cours de l'étude sont présentés dans des catégories plus détaillées avec des sous-catégories. La colonne du milieu contient quelques exemples de ces partenaires, tandis que la colonne de droite contient des commentaires importants concernant les types spécifiques de partenaires.

Tableau 4 : Nouvelle catégorisation des types de partenaires dans les collaborations

	Exemples de types de partenaires	Remarques
Soins de santé		
Prestataires de soins de santé individuels	Médecins généralistes, dentistes, spécialistes	
Établissements de soins	Hôpitaux, centres spécialisés	
Services de soins de santé	Centres de santé de quartier ou maisons médicales, équipes mobiles, services de soins à domicile	
Mutualités	CM, Solidaris, Mutualité libérale, Helan, Partenamut, Mutualité neutre	Souvent, intégration locale du programme CHW et collaboration avec les mutualités locales par la structure du programme global (CHW-Intermut)
Acteurs à vocation sociale ou communautaire		
Organisations locales ou acteurs individuels à vocation sociale et organisations bénévoles	Actions communautaires locales de quartier ou de voisinage, association sans but lucratif (ASBL), accueil pour les sans-abri, distribution de nourriture, services juridiques, organisations religieuses, etc.	Groupe très large composé de toutes sortes de services locaux et d'organisations avec des objectifs et des missions différents. Toujours de grandes différences selon le contexte local. Les thèmes récurrents sont la santé et le bien-être, le soutien psychosocial, l'aide aux personnes en situation de pauvreté et de vulnérabilité, l'éducation et la formation, la justice sociale, le travail avec les jeunes, le logement, etc.
Organisations d'aide sociale	CAW, centres de services	
Institutions religieuses	Mosquées, églises catholiques, etc.	
Institutions gouvernementales et éducatives		
Écoles	Écoles de néerlandais comme seconde langue (NT2), éducation de base	Principalement la collaboration avec les écoles dont les élèves font souvent partie du public cible du programme CHW
Institutions publiques	Centre public d'aide sociale (CPAS), services d'intégration, Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling (VDAB)	

Les données recueillies nous permettent de tirer quelques conclusions importantes : ainsi, la collaboration avec les pharmacies ou les médecins généralistes semble faible, voire inexistante. Les médecins généralistes sont souvent rattachés à une maison médicale. Lorsqu'ils travaillent avec des partenaires non individuels, tels que des organisations, des institutions, des centres, etc., les CHW ont souvent un contact régulier ou une personne de référence.

Dans certains cas, il s'agit de la personne qui gère le dossier du bénéficiaire (par exemple, un travailleur social du CPAS), qui peut être une personne de contact différente pour chaque suivi. Dans le cas de collaborations avec des établissements ou des services de soins de santé, les contacts permanents des CHW sont souvent les travailleurs sociaux ou communautaires travaillant dans ces établissements, ou le personnel d'accueil, plutôt que le personnel médical.

De quelle manière les CHW travaillent-ils avec des partenaires de collaboration ?

Une collaboration entre un CHW et un partenaire local peut prendre différentes formes et se développe généralement de manière organique. La nature exacte de la collaboration varie souvent en fonction du contexte et des objectifs spécifiques de la collaboration. Sur la base des données recueillies dans les formulaires à remplir et des informations issues des entretiens, nous proposons une catégorisation des formes de collaboration (voir le tableau ci-dessous).

Tableau 5. Types de collaboration

Type de collaboration	Explication
Pas de collaboration active	Le CHW et l'organisation/le prestataire de soins de santé/... sont conscients de l'existence de l'autre (par ex. par le biais de la présentation du programme CHW) mais ne travaillent pas ensemble
<i>Collaborations axées sur le partage d'expertise et de connaissances</i>	
Partage d'expertise ou de connaissances	Le CHW et l'organisation/le prestataire de soins de santé/... se consultent mutuellement pour obtenir des informations, des connaissances et une expertise sur un sujet spécifique
<i>Collaborations visant à atteindre le groupe cible</i>	
Permanences libres/lieu de travail	Le CHW/l'équipe locale CHW utilise les espaces d'un partenaire de collaboration comme lieu de travail ou organise des permanences libres pendant la prestation de services du partenaire pour rencontrer les bénéficiaires
Travail de proximité	Le CHW et le partenaire de collaboration ont le même public cible et unissent leurs forces pour atteindre ce groupe, par exemple en allant ensemble dans les rues
Organisation d'activités	Le CHW/l'équipe CHW locale et le partenaire de collaboration organisent ensemble des activités, telles que des sessions d'information sur des thématiques de santé
<i>Collaborations visant à soutenir un bénéficiaire individuel</i>	
Renvois	Le CHW renvoie un bénéficiaire vers un partenaire, ou vice versa
Orientations	Le CHW oriente le bénéficiaire vers un partenaire, c'est-à-dire qu'il accompagne le bénéficiaire chez le partenaire une ou plusieurs fois, afin que le bénéficiaire puisse ensuite prendre contact de manière indépendante
Accompagnements	Le CHW et le partenaire accompagnent un bénéficiaire dans le cadre d'un trajet commun

Pour bien comprendre les types de collaboration entre les CHW et/ou les équipes CHW et leurs partenaires de collaboration, il est important de tenir compte du fait que les collaborations peuvent prendre différentes formes au fil du temps et évoluer d'une forme de collaboration à une autre, ou que différentes formes de collaboration peuvent se produire avec le même partenaire. Par exemple, une orientation ponctuelle vers une Asbl peut déboucher sur une collaboration permanente dans le cadre d'un travail de proximité. D'autre part, la collaboration régulière avec un prestataire de soins de santé individuel peut progressivement diminuer jusqu'à la disparition totale de la collaboration si, par exemple, des points de vue différents sont en jeu.

Notre étude a montré que la plupart des collaborations visent à soutenir un bénéficiaire individuel. Elles peuvent être axées dans une seule direction, par exemple lorsque le CHW oriente un bénéficiaire vers un médecin généraliste ou consulte un membre du personnel de la mutualité qui peut l'aider dans l'administration ou le suivi d'un cas, ou elles peuvent avoir lieu dans le cadre d'une interaction, où le CHW et le partenaire utilisent mutuellement les services de l'autre de façon régulière. Lors d'un accompagnement, il s'agit d'une collaboration à part entière, par exemple une collaboration entre un CHW et un collaborateur de la mutualité pour demander une allocation pour personne handicapée pour un bénéficiaire individuel. Concernant ces types de collaboration, nous avons demandé si la mission du CHW était également de coordonner le réseau de soins existant ou en cours d'installation autour du bénéficiaire. Parmi les CHW, les avis divergent : certains pensent en effet que (contribuer à) surveiller ce réseau fait partie de leur mission, tandis que d'autres pensent que c'est principalement la mission du bénéficiaire lui-même ou d'un autre prestataire de soins de santé. Toutefois, cela n'est pas toujours avantageux pour le bénéficiaire lui-même, qui doit être suffisamment autonome pour le faire. Ainsi, le fait qu'un CHW prenne en charge cette tâche dépend également de cette autonomie : si le bénéficiaire peut s'en occuper lui-même, un CHW l'encouragera à le faire.

Lorsque nous examinons les types de collaborations par type de partenaires, il est à noter que dans le contexte des soins de santé (de première ligne), il s'agit principalement de collaborations visant à soutenir un bénéficiaire individuel. Il s'agit le plus souvent d'orientations et de renvois à sens unique, c'est-à-dire que le CHW oriente ou dirige un bénéficiaire vers un médecin généraliste, un dentiste ou un spécialiste. Dans une moindre mesure, ces prestataires de soins de santé s'appuient sur les services des CHW.

Les collaborations avec les fournisseurs de soin, je ne peux pas vous dire que c'est une collaboration, c'est une orientation, je dirais. Moi, personnellement, j'ai eu une réunion avec la maison médicale de Laeken, elle était vraiment très ouverte. Ils nous orientent vers des personnes, mais ce n'est pas une collaboration [...] ; mais ils nous orientent des bénéficiaires, c'est tout. Mais le travail qu'on fait avec les prestataires de soins, c'est que nous, on prend contact. »

(CHW, Bruxelles)

Dans les établissements ou services de santé où exerce également un acteur social (par ex. un travailleur social ou une assistante sociale dans un hôpital, un employé de bureau ou une infirmière sociale dans un centre de santé de quartier, etc.), ces acteurs sociaux sont plus susceptibles de faire appel aux services d'un CHW pour mieux aider un bénéficiaire. Les accompagnements dans lesquels le CHW et le prestataire de soins de santé assument des rôles égaux sont rares. Des collaborations équivalentes ont souvent lieu avec des mutualités, des partenaires de collaboration qui ont une approche sociale ou communautaire, et des institutions éducatives et gouvernementales. Un exemple de ce type d'accompagnement est celui d'une assistante sociale de la mutualité et d'un CHW qui collaborent à l'établissement d'une allocation pour personne souffrant d'un handicap.

Les collaborations visant à atteindre le groupe cible, c'est-à-dire le travail de proximité commun et l'organisation d'activités et de permanences, sont plus fréquentes en collaboration avec des organisations à vocation sociale ou communautaire ou bien des institutions éducatives. Ce type de collaboration est moins fréquent dans les services de soins de santé. Certains CHW ou équipes CHW entretiennent de bonnes relations avec certaines maisons médicales et organisent donc des activités ou des permanences avec eux, bien que cela se produise dans une moindre mesure et dépende souvent de la volonté de la maison médicale concernée.

Pourquoi collaborer ?

Selon les CHW et leurs partenaires de collaboration, le travail en commun offre de nombreux avantages, qui se manifestent dans les résultats de la collaboration elle-même.

Tout d'abord, le fait de travailler ensemble permet d'atteindre plus efficacement le groupe cible, à savoir les personnes vivant dans des situations de vulnérabilité. Le fait de travailler avec des organisations partenaires ayant un groupe cible similaire permet souvent aux CHW d'atteindre leur groupe cible de manière plus efficace et plus large, potentiellement en raison du fait que les relations de confiance que les bénéficiaires potentiels entretiennent avec ces organisations permettent aux CHW d'approcher et d'impliquer plus facilement ces nouveaux groupes, et d'atteindre ainsi une plus grande partie de leur groupe cible. L'une des façons d'y parvenir est d'organiser ensemble des activités ou d'effectuer un travail de proximité. Il en va de même dans l'autre sens : certains partenaires de collaboration, en travaillant avec un CHW, peuvent atteindre leur groupe cible d'une meilleure manière, ou des personnes qu'ils ne pouvaient pas atteindre auparavant. Cela s'explique en partie par le fait que les CHW peuvent établir un lien de confiance avec les bénéficiaires, qui ont éventuellement moins confiance dans les soins de santé classiques. En outre, les CHW contribuent à atteindre plus efficacement les personnes ciblées en leur permettant de surmonter plus facilement les barrières culturelles ou linguistiques, en leur proposant des services complémentaires, tels que l'accompagnement vers des services de soins de santé, et en adoptant une position de soutien auprès des personnes.

« Je suis en train de suivre un processus avec une personne quelque peu vulnérable sur le plan psychologique, qui n'est pas venue me voir de son propre chef ; le Community Health Worker l'a accompagnée. Lorsque l'on appelle cette dame, elle ne répond pas non plus, de sorte que pour le suivi des dossiers, je n'ai pas pu la contacter. Cette démarche passait toujours par le Community Health Worker. Aujourd'hui, cette dame peut venir me voir en toute autonomie parce qu'elle me connaît, et que si je lui envoie d'abord un SMS et que je l'appelle ensuite, elle répond. Si ce Community Health Worker n'avait pas soutenu ce processus, cette femme ne serait jamais arrivée jusqu'à nous ».

(collaborateur de la mutualité)

Une deuxième raison de collaborer est l'amélioration du soutien ou du suivi des bénéficiaires individuels. En travaillant ensemble et en partageant les informations, les CHW, les prestataires de soins de santé et les organisations peuvent mieux surveiller la santé et le bien-être des bénéficiaires. Les problèmes éventuels peuvent être abordés plus rapidement et traités d'une meilleure manière. Les CHW peuvent orienter les bénéficiaires vers les services appropriés de manière plus efficace. Par exemple, plusieurs CHW ont déclaré que leur fonction peut ouvrir des portes pour prendre des rendez-vous et accéder à des services de soins plus rapidement que si le bénéficiaire essayait de le faire de manière indépendante. Les partenaires de collaboration ont indiqué que l'attitude accueillante des CHW (voir par exemple la citation ci-dessus) constitue une grande valeur ajoutée pour le suivi et le soutien des bénéficiaires. La flexibilité du CHW, qui peut par exemple accompagner le bénéficiaire à ses rendez-vous, et ses compétences linguistiques sont également un atout important et contribuent à un meilleur suivi et à un meilleur traitement.

Une troisième raison de s'engager dans des collaborations est d'unir les forces et l'expertise des CHW et des partenaires de collaboration, ou de compléter l'expertise et les services l'un de l'autre. De cette manière, des organisations spécifiques peuvent apporter leur expertise dans des domaines pertinents pour le programme CHW, tandis que les équipes CHW peuvent à leur tour apporter leur expertise aux organisations qui en manquent.

À cet égard, les compétences des CHW peuvent constituer un atout majeur, par exemple au sein des auto-organisations, où les conseils sont encore peu nombreux et où les CHW peuvent faciliter l'accès à l'information et aux soins de santé. Les CHW constituent aussi parfois un pont entre différentes organisations pour combiner les expertises et les forces, contribuant ainsi à créer un réseau de connaissances et d'expertise.

Dans le même ordre d'idées, les CHW et leurs équipes s'engagent également dans des collaborations visant à accroître la visibilité, la portée et le soutien du programme CHW, par exemple en établissant des partenariats avec les services de santé des politiques locales ou en participant à des concertations administratives.

Une quatrième raison de s'engager dans des collaborations est d'ordre pratique : il s'agit de pouvoir faire appel aux ressources d'autres organisations, par exemple pour disposer d'un lieu de rencontre avec les bénéficiaires, pour utiliser du matériel, etc.

Dans l'ensemble, nous constatons que la collaboration permet le partage et la mise en commun des ressources, de l'expertise et de l'expérience, et que les collaborations facilitent ainsi la réalisation des objectifs et de la mission du programme CHW. Les collaborations facilitent notamment l'accès du groupe cible aux services de soins de santé et permettent de réduire les obstacles à l'accès aux soins. Grâce à l'union des forces des CHW à celles d'autres organisations et prestataires de soins de santé, ces obstacles peuvent également être constatés et signalés plus rapidement.

Comment naissent les collaborations ?

Dans les formulaires à remplir, nous avons demandé d'indiquer comment les différentes collaborations avaient vu le jour. Pour ce faire, nous avons utilisé les possibilités de choix provisoirement fournis pour l'enregistrement des partenaires dans l'outil d'enregistrement. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Établissement de collaborations telles que complétées dans les formulaires à remplir

Établissement d'une collaboration				G					V		Total final
	A	B	C	k	d	L	O	T	E		
Initiative du CHW	3	3	4			4	4				
	5	5	1	24	6	4	5	9	25		264
Initiative du coach							2				
	6	5	4	10	44	9	7	6	2		113
Initiative de l'organisation partenaire											
	8	8	3	8			7	2	4		40
Par le biais de la personne nécessitant des soins											
				5	11						16
Par le biais d'un réseau informel de CHW (amis, famille)											
	4	1				2	2				9
Autres											
	2	3	1			5	1			1	13
	3										
(non renseigné)											
	6		1		24	2	4				67
Total final	9	5	5	47	92	8	8	1	32		522

Légende : A : Anvers, B : Bruxelles, C : Charleroi, Gk : Genk, Gd : Gand, L : Liège, O : Ostende, T : Tirlemont, VE : Verviers Eupen.

Comme l'indiquent les données ci-dessus, les collaborations sont le plus souvent le fruit d'une initiative de l'équipe CHW : 377 des 522 collaborations ont été initiées par un CHW ou un coach. En effet, lors du lancement du programme CHW, les CHW et les coaches ont commencé à faire connaître activement le programme et à établir des collaborations.

Ils ont rendu visite à de potentiels partenaires de collaboration pour leur présenter le programme en détail, par exemple lors de réunions d'équipe ou en concertation avec un responsable. Le réseau personnel du CHW et du coach s'est révélé très important à cet égard. Leurs expériences professionnelles antérieures ou le fait qu'ils soient eux-mêmes originaires du quartier ou de la ville en question ont souvent inspiré confiance aux partenaires potentiels. Il a parfois été nécessaire d'effectuer plusieurs visites pour gagner la confiance des partenaires potentiels ou pour leur rappeler l'existence du programme CHW. Un contact personnel s'est souvent révélé crucial pour établir une première collaboration.

« Par exemple, dans le passé, il y a un an, j'avais envoyé pour une collaboration, pour avoir un espace de permanence dans une structure, je n'avais pas eu de réponse, tout le temps, ils disaient qu'elle [la responsable] était malade. Mais on avait fait une activité et j'ai eu la réunion avec la même personne et la personne maintenant, elle est ouverte. Elle a dit qu'elle va revenir pour qu'on puisse avoir deux permanences. Après un an et demi. »

(CHW, Wallonie)

Le contexte local et les politiques de la ville ou du quartier dans lequel les actions CHW ont été intégrées jouent un rôle important dans l'établissement de collaborations. Dans les villes où un travail de quartier et de voisinage était déjà en place, ou dans lesquelles un responsable des questions politiques a aidé à implanter le programme, les CHW se sont intégrés plus facilement. La promotion du programme auprès des organisations de quartier et des prestataires de soins de santé s'est déroulée en douceur et des collaborations ont pu voir le jour rapidement. Par exemple, les CHW peuvent souvent prendre part à des concertations de quartier existantes ou organiser des permanences dans un lieu commun avec d'autres organisations. Certains quartiers ou voisinages disposent d'un coordinateur qui les met en contact avec les organisations de quartier et les prestataires de soins de santé présents dans le secteur. En revanche, dans les zones où il n'existe pas de travail de proximité, la promotion du programme nécessite un engagement plus important, les CHW ou les coaches devant rechercher eux-mêmes des partenaires potentiels, les contacter (à nouveau) régulièrement pour commencer à présenter le programme et à se présenter eux-mêmes, et à entamer une collaboration.

Recommandation 1 : si l'extension géographique du programme est prévue, nous recommandons de procéder au préalable à une analyse approfondie du contexte. Il ressort de l'étude que l'intégration locale du programme est cruciale et qu'il existe dans certaines villes des services, des organisations et des projets dont le contenu est similaire ou complémentaire. Il est donc très important d'examiner l'approche unique que le programme CHW peut offrir dans ce contexte local et de l'inclure dans l'intégration.

Les collaborations, à mesure que le programme s'enracine, sont plus susceptibles d'émerger de manière organique. Les partenaires potentiels cherchent à entrer en contact avec les équipes CHW locales, par exemple parce qu'ils sont orientés par des partenaires de collaboration existants qui ont déjà eu des expériences positives en la matière, ou parce qu'ils ont entendu parler du travail des CHW dans les médias ou par d'autres moyens, ou parce que l'un de leurs bénéficiaires est accompagné par un CHW, etc. Dans le cadre de leurs activités quotidiennes, les CHW rendent régulièrement visite aux prestataires de soins de santé ou aux organisations, ce qui renforce la confiance dans le programme ainsi que sa popularité. Par ailleurs, outre les rôles et les tâches des CHW, le contenu du programme est devenu plus concret au cours du programme (comme décrit dans la première partie de ce rapport, ce qui a renforcé la confiance des CHW eux-mêmes et des (potentiels) partenaires de collaboration. La prolongation de la durée du programme contribue également de manière positive à la volonté de collaboration des partenaires.

Certains coachs ou CHW profitent également de cette prolongation pour mettre à nouveau le programme en avant auprès des partenaires existants et potentiels, ce qui peut favoriser les collaborations existantes ou en susciter de nouvelles.

Recommandation 2 : nous recommandons d'effectuer encore une fois une « tournée publicitaire » annuelle avec les partenaires (potentiels). En vérifiant chaque année (ou lors de la prolongation du programme) si de nouvelles organisations ont rejoint le quartier/la ville et s'il existe des collaborations difficiles pour lesquelles le contact doit être renoué, les collaborations peuvent se dérouler plus harmonieusement. Les éventuelles idées fausses (par exemple sur le rôle des CHW) apparues au début du programme peuvent également être clarifiées de cette manière.

Il est important de noter que dans le cadre de ces collaborations nées de manière « spontanées », il n'y a pas toujours de présentation officielle du programme lui-même, de sorte que les partenaires ne sont parfois pas au courant de tous les rôles des CHW ou de la vision plus large du programme CHW. Les entretiens ont révélé que certains partenaires avaient besoin d'obtenir davantage d'informations à ce sujet afin d'ajuster leur collaboration.

« Pour moi, ce serait quelque chose d'important aussi de l'avoir [à propos des rôles des CHW]. Parce qu'il faut aussi que ce soit clair... D'abord pour lui : c'est quoi son rôle, et c'est quoi ce qui n'est pas son rôle ? Pour ne pas perdre du temps de nouveau. Pourquoi est-ce qu'on peut le contacter et là où il y a des limites. Je pense qu'il y a clairement des limites puisqu'il est quelqu'un qui finalement n'est quand même pas infirmier, n'est pas non plus assistant social, c'est-à-dire que pour moi c'est quelque chose qui est beaucoup plus dans l'administratif.

(Responsable d'une organisation à vocation sociale)

Recommandation 3 : nous recommandons que les nouveaux partenaires de collaboration incluent toujours une fiche d'information succincte sur les rôles des CHW, ainsi que sur la mission et la vision du programme CHW. Nous recommandons également de vérifier avec le partenaire potentiel s'il est nécessaire d'avoir un entretien informatif sur ces sujets.

Quels sont les obstacles à l'établissement d'une collaboration ?

Tous les partenaires potentiels n'ont pas été immédiatement disposés à collaborer. Dans certains cas, leur disponibilité limitée et leur charge de travail élevée les ont empêchés de collaborer efficacement avec les CHW. Ce phénomène a été renforcé par la durée initialement communiquée pour le programme (un an), ce qui a suscité des doutes chez certains partenaires quant à la faisabilité du programme dans ce délai serré. Pour certains, le programme est apparu comme une autre initiative temporaire dans une succession de différents projets, ce qui a réduit l'implication et l'enthousiasme à collaborer. Le démarrage rapide et donc parfois chaotique du programme au cours de la première année n'a pas donné une impression de fiabilité à certains partenaires de collaboration potentiels. En effet, les rôles et les tâches d'un CHW n'étaient pas totalement clairs, ni pour les CHW eux-mêmes, ni pour les partenaires. En outre, le terme « Community Health Worker » n'est pas toujours familier aux partenaires de collaboration potentiels, ce qui a également réduit la compréhension et nuit à la notoriété du programme. Le fait que les CHW n'aient pas de lieu de travail fixe ni de statut officiel dans le secteur de la santé a également contribué à donner une impression de manque de professionnalisme à certains partenaires potentiels, ce qui les a retenus de s'engager dans une collaboration.

Il [le programme] était soudain entamé, « pouf », une sorte de météorite, ou quelque chose comme ça, d'un coup, « c'est là ». Le mentor [coach] a également changé [...]. Ils ont d'abord eu un autre mentor, puis ils ont changé à nouveau, donc... Mais bon, le projet a aussi quelque

chose d'opportun [...] Ils ont aussi indiqué qu'il y avait eu peu de communication entre ces deux mentors pendant le transfert, qu'il y avait aussi une période où il y avait un vide. Qu'il n'y avait rien, qu'en fait, oui, ils étaient en train de faire leur truc dans une sorte de Far West. Et puis ils indiquent aussi qu'ils n'ont pas de bureau, qu'ils n'ont pas de lieu de travail, qu'ils sont en fait placés n'importe où et n'importe comment, ce qui leur nourrit une certaine incertitude, car dans les centres de santé de quartier, ou dans d'autres lieux où ils vont, ils sont également perçus comme des étrangers. Comme, oui, des étrangers, des vilains petits canards : que viennent-ils faire ici, que pouvons-nous dire ou ne pas dire à ces gens, quel est leur travail, quel est le nôtre ?

(Prestataire de soins de santé individuel)

En outre, dans certains quartiers, villes ou régions, des chevauchements avec d'autres organisations ou projets offrant des services similaires se sont produits. En conséquence, les partenaires potentiels n'ont pas toujours pu faire la distinction, ou n'ont pas compris quelle valeur ajoutée le programme CHW pouvait offrir.

Les équipes CHW ont également indiqué que la collaboration avec certaines organisations et certains travailleurs sociaux était entravée par une certaine résistance à la collaboration de la part des partenaires potentiels. Cela peut s'expliquer par le fait que les CHW ne sont pas considérés comme des travailleurs sociaux professionnels. Parfois, la collaboration est empêchée par des divergences de point de vue concernant l'intérêt supérieur du bénéficiaire. Dans quelques cas, des attitudes discriminatoires et racistes ont été observées à l'égard des CHW, ou des services ont été refusés aux bénéficiaires d'un CHW, par exemple les personnes sans résidence légale. Certains CHW ont également eu l'impression d'être parfois considérés comme des « concurrents » en cas de chevauchement avec la mission ou l'objectif principal d'un partenaire potentiel, ou en raison d'intérêts financiers. Bien que les partenaires n'aient pas mentionné le mot « concurrence » à proprement parler, nous avons constaté que certains d'entre eux doutaient de la valeur ajoutée d'un CHW pour leur activité.

Les pénuries structurelles de médecins généralistes, de dentistes et de spécialistes, tels que les psychologues ou les psychiatres, ont également un impact significatif, de sorte que bon nombre de ces prestataires de soins de santé refusent les nouveaux patients ou ont une longue liste d'attente. Cela empêche la mise en place d'une collaboration active, malgré l'intérêt éventuel de ces prestataires de soins de santé à collaborer. L'intérêt des prestataires de soins de santé pour le programme peut dans certains cas faciliter l'accès d'un bénéficiaire à un CHW, mais souvent le CHW doit également chercher un prestataire de soins de santé qui dispose du temps et de l'espace nécessaires pour recevoir un (nouveau) patient.

Les CHW et leurs coachs ont exprimé le besoin d'être soutenus par la coordination du programme pour informer également les institutions disposant d'antennes locales, telles que les CPAS, ainsi que les hôpitaux généraux et universitaires, ou les unions professionnelles comme les fédérations de pharmaciens, de l'existence et des objectifs du programme CHW. Bien que les contacts avec le personnel individuel, comme les travailleurs sociaux d'un CPAS ou d'un hôpital, ou les pharmaciens individuels, se déroulent souvent sans problème, l'information sur le programme ne parvient pas toujours au personnel individuel, ou la collaboration peut ne pas être mise en place lorsque la direction ne (re)connaît pas le programme. Une campagne d'information régionale et officielle sur l'existence du programme CHW auprès de ces institutions et organisations pourrait faciliter la communication et la mise en œuvre locale.

Recommandation 4 : nous recommandons de définir une mission et une vision claires du programme CHW, de délimiter le rôle des CHW, et de communiquer clairement ces informations aux (potentiels) partenaires de collaboration, tant au niveau local que régional. Pour les partenaires, les choses manquent souvent de clarté en ce qui concerne le programme lui-même, et ce que peut faire un réseau CHW.

Comment se déroulent les collaborations ?

Le déroulement typique d'une collaboration commence par la présentation du programme CHW aux partenaires potentiels, où l'intérêt est suscité et les collaborations se développent. Ces collaborations se manifestent ensuite sous diverses formes telles que la mise à disposition d'un lieu pour une présence permanente, l'organisation conjointe d'activités ou l'orientation des bénéficiaires vers des soins appropriés. Il est donc difficile de décrire en termes généraux l'évolution des collaborations. Les collaborations visant à soutenir le bénéficiaire ou le patient varieront dans leur contenu et leur déroulement d'un cas à l'autre. Les collaborations visant à atteindre le groupe cible sont plus structurées, par exemple par l'organisation d'activités conjointes ou le travail de proximité fixé durablement. Les collaborations peuvent également dépendre du genre, de l'expertise ou de la langue parlée par le CHW, par exemple dans le cas d'une collaboration avec une Asbl travaillant avec un groupe cible spécifique. Il est erroné de penser que dans les villes où il y a plusieurs CHW, chaque CHW travaille avec les mêmes organisations ou partenaires. Dans le cadre du soutien apporté à un bénéficiaire individuel, cela dépend du type d'aide demandé et, par conséquent, un CHW travaillera avec des prestataires de soins de santé et des organisations différents de ceux qui suivent un autre bénéficiaire.

Il convient également de noter que les collaborations émergent et se développent de manière organique, fortement influencées tant par l'identité et la personnalité du CHW que de celle de l'organisation ou du prestataire de soins de santé. Par exemple, certains CHW préfèrent organiser des permanences libres, tandis que d'autres préfèrent le travail de proximité. En outre, les collaborations dépendent de la « bonne volonté » des partenaires. Par exemple, un partenaire qui souhaite soutenir le programme CHW fournira un local et prendra ses propres initiatives pour que la collaboration se déroule dans de bonnes conditions. Dans le cadre d'une collaboration avec un partenaire qui ne fera pas preuve d'autant de « bonne volonté », celle-ci sera davantage à sens unique, le CHW prenant l'initiative. Là encore, le contexte local exerce une influence majeure : par exemple, un travail de proximité déjà existant dans le quartier facilitera la collaboration entre les CHW et d'autres organisations et prestataires de soins de santé dudit quartier.

Accord de collaboration

Il est frappant de constater qu'il n'est guère nécessaire de conclure des accords formels dans le cadre des collaborations, tant du côté des CHW que des partenaires de collaboration. Les accords mutuels entre les CHW et les partenaires sont généralement conclus verbalement et ne font pas l'objet de contrats. Dans quelques cas, des dispositions pratiques, par exemple concernant l'utilisation des locaux ou du matériel, sont consignées sur papier. Dans les formulaires à remplir, il a été indiqué pour 33 collaborations qu'un accord de collaboration avait été créé. Peu de personnes interrogées considèrent qu'un accord est nécessaire. Ceux qui le jugent nécessaire sont plus souvent des partenaires de collaboration travaillant au niveau de l'administration d'institutions faïtières plus importantes telles que les CPAS.

Communication au sein des collaborations

Après une première prise de contact entre les CHW et leurs partenaires de collaboration, qui implique dans la plupart des cas l'échange d'informations essentielles sur le fonctionnement des CHW et des partenaires, la communication se poursuit souvent « ad hoc ». Lorsqu'il s'agit de collaborer pour soutenir un bénéficiaire, la communication est basée sur les étapes à suivre. Le CHW s'entretient avec le bénéficiaire et le partenaire de collaboration en même temps si nécessaire, mais le plus souvent, la collaboration se fait par téléphone ou par e-mail. La communication et la concertation avec les partenaires de collaboration se font souvent de manière spontanée, lors de permanences ou de moments informels, tels que des événements de quartier ou des rassemblements communautaires. Au sein des maisons médicales ou des grandes organisations, les contacts et la communication se font principalement avec le personnel d'accueil ou les travailleurs sociaux, comme décrit précédemment.

Une communication très structurée ou un suivi des collaborations ne constitue pas une nécessité. Par exemple, les CHW et les partenaires de collaboration déclarent qu'ils n'ont pas besoin de concertations régulières, et qu'il est idéal pour eux que la communication soit plutôt « ad hoc ». En ce qui concerne le feedback ou le suivi des orientations ou des renvois vers un autre prestataire, les résultats de l'étude n'indiquent pas d'orientation clairement établie. Certains CHW et partenaires trouvent utile d'obtenir un « rapport » ou un « retour » sur le suivi d'un bénéficiaire ou sur le déroulement d'un rendez-vous avec un spécialiste, tandis que d'autres estiment que ce n'est pas nécessaire. Les résultats n'indiquent pas clairement si les partenaires préfèrent l'un ou l'autre.

L'un des défis consiste à déterminer quelles informations sur le bénéficiaire sont partagées et dans quelle mesure. Dans la plupart des cas, le partage d'informations est limité au « strict nécessaire », les CHW et les partenaires se montrant prudents quant au partage de données confidentielles, afin de préserver la relation de confiance et la vie privée des bénéficiaires. Certains CHW et partenaires de collaboration suggèrent que le partage de données par le biais de dossiers pourrait constituer une valeur ajoutée, par exemple en permettant aux CHW d'accéder au système de gestion du partenaire. Cela pourrait contribuer à assurer un suivi harmonieux. Toutefois, la demande n'est pas très forte et les deux parties soulignent qu'un tel échange devrait alors certainement avoir lieu dans le cadre des dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD).

Quels sont les facteurs de réussite d'une bonne collaboration ou d'une collaboration idéale ?

Interrogés sur les facteurs de réussite d'une collaboration, les CHW et les partenaires de collaboration ont tous deux souligné l'importance de la confiance. En outre, une bonne communication est essentielle : un échange d'informations clair et ouvert favorise la collaboration. Une attitude flexible et une vision commune entre le partenaire de collaboration et le CHW contribuent également à une collaboration efficace. Une collaboration harmonieuse est également favorisée lorsque les deux parties s'efforcent d'atteindre le même objectif avec les mêmes valeurs. Ce faisant, les CHW ont principalement souligné l'importance d'aspects tels que l'humanité, l'empathie et la capacité à comprendre la situation du bénéficiaire. Par exemple, dans le cadre de l'accompagnement d'un bénéficiaire individuel, il est important que les deux parties se concentrent sur le bénéficiaire, que l'objectif commun soit le suivi de celui-ci et que la collaboration se déroule avec respect et ouverture d'esprit.

« C'est le domaine social. Je pense donc qu'il est très important que tout le monde dans le domaine social comprenne cela. Il ne s'agit pas d'une nécessité commerciale. Nous n'avons pas... L'humanité est notre raison d'être, notre raison de travailler. Parce que c'est pour le bien de tous. [...] Il est vraiment très difficile d'avoir un conflit. »

(CHW, Bruxelles)

Pour de nombreux partenaires de collaboration, le succès de la collaboration réside dans la valeur ajoutée et la complémentarité du travail des CHW, comme l'attention portée à la santé au sein d'un groupe cible spécifique, ou la fourniture d'un suivi plus intensif que ce que les travailleurs sociaux peuvent offrir dans les centres de santé de quartier ou les maisons médicales. La visibilité et la flexibilité des CHW jouent également un rôle dans le succès des collaborations. Par exemple, parce que le CHW est présent pour des permanences fixes dans les locaux d'un partenaire de collaboration, ce dernier peut orienter son groupe cible vers un CHW en toute confiance et avec une garantie de contact. Les partenaires de collaboration ont également décrit la qualité du travail des CHW comme une grande valeur ajoutée, les CHW étant considérés comme fiables, ponctuels, professionnels et compétents.

L'approche dynamique du programme et sa capacité à adapter son intégration au contexte local spécifique constituent également un facteur de réussite. Comme décrit précédemment, dans certains quartiers, une collaboration peut se dérouler efficacement grâce à un fonctionnement solide du quartier, avec des organisations existantes qui collaborent bien ensemble et qui intègrent avec fluidité le programme CHW. Il est donc très important de connaître le contexte local et d'en tenir compte lors de la mise en œuvre du programme CHW.

Qu'est-ce qui complique/rend difficile une collaboration ?

Bien que les personnes interrogées aient indiqué que les difficultés de collaboration étaient plutôt rares, plusieurs facteurs susceptibles d'entraver une collaboration ont été décrits. Un facteur fréquemment mentionné est l'absence de délimitation claire du rôle du CHW. La connaissance du programme et des rôles des CHW varie d'un partenaire à l'autre. Les partenaires de collaboration ont généralement une connaissance générale de ce que peut faire un CHW, mais elle n'est pas toujours concrète ou se révèle incomplète. Cela peut entraîner une confusion ou une frustration dans la collaboration pour les deux parties. Par exemple, un partenaire de collaboration peut consulter le CHW sur des questions qui ne relèvent pas du rôle et des tâches spécifiques du CHW, comme des questions liées à des problèmes sociaux tels que l'emploi ou le logement. En outre, une délimitation peu claire des rôles peut amener les CHW à avoir l'impression d'être considérés comme une force de travail supplémentaire lorsqu'on leur demande, par exemple, d'assumer des tâches administratives pour les partenaires de collaboration.

« On m'a posé cette question : voulez-vous participer à la demande de réduction du loyer ? J'ai répondu : « Non, je ne peux pas. » Et cette personne était en colère, je pouvais le voir sur son visage, elle n'était pas contente. J'ai dit : « Pardon, mais c'est officiel, je ne peux pas faire ça. »

(CHW Flandre)

Un défi majeur qui est apparu à plusieurs reprises dans les entretiens concernait la délimitation des rôles en matière de traduction et d'interprétation. Souvent, les partenaires de collaboration peuvent avoir besoin d'aide à cet égard, mais le rôle d'interprète n'est pas du ressort des CHW. Cela crée régulièrement un conflit de rôles pour les CHW, car il n'est pas facile pour eux de refuser cette tâche. Le CHW est confronté à un choix difficile, car en refusant d'interpréter, le bénéficiaire risque de ne pas recevoir les soins appropriés. Souvent, un CHW effectuera de toute façon l'interprétation pour s'assurer que le bénéficiaire reçoit la meilleure aide possible. Cependant, cela peut donner au prestataire de soins de santé l'impression que l'interprétation fait partie des attributions du CHW.

Le fait que la personnalité du CHW ait une grande influence sur le travail qu'il accomplit peut également être source de confusion pour les partenaires de collaboration. S'ils coopèrent avec différents CHW, dont chacun a une méthode de travail ou une délimitation des rôles différente, une ambiguïté concernant ce qu'un CHW peut ou ne peut pas faire peut apparaître au sein des partenaires de collaboration. Il existe également un défi lié au fait que les CHW se positionnent parfois comme des protecteurs du bénéficiaire.

Ainsi, ils vont parfois à l'encontre du fonctionnement d'un partenaire ou s'impliquent dans des collaborations externes. La collaboration entre le CHW et le partenaire de collaboration peut alors se compliquer, car la confiance de ce dernier envers le CHW peut être entachée.

Dans certains cas, les CHW ne connaissent pas bien le fonctionnement des partenaires, ce qui a parfois conduit à une évaluation incorrecte dans le cadre d'une orientation. Par exemple, lorsqu'un CHW oriente un bénéficiaire vers un psychologue, mais que ce bénéficiaire ne comprend pas bien ce que sont des soins de santé mentale en raison d'un contexte culturel différent. Le psychologue ne peut pas aider le bénéficiaire de la bonne manière, et estime que cela aurait pu être évité si le CHW avait été mieux informé de ce qu'impliquait le conseil. Parfois, un CHW profite de sa position et de son « autoroute » personnelle, par exemple en utilisant le numéro de téléphone direct d'un partenaire de collaboration, pour aider les bénéficiaires à avancer plus rapidement, ce qui n'est pas toujours apprécié par le partenaire de collaboration.

« Parfois, j'ai l'impression qu'ils ont notre numéro et notre adresse e-mail, donc que cela va de soi... Surtout s'il s'agit d'une première question, j'ai maintenant pris le réflexe de toujours me renseigner en amont. Parce qu'un certain nombre de questions m'ont déjà été posées alors qu'elles ne m'étaient pas destinées, donc si je ne pose pas assez de questions, je ne peux pas savoir à l'avance ce qu'il en est. Ensuite, ce bénéficiaire vient vous voir et vous devez lui répondre : « je ne suis pas compétent pour cela », et c'est ce que nous voulons éviter, bien sûr. »

(collaborateur de la mutualité)

Le fonctionnement interne des partenaires rend également parfois la collaboration plus difficile. Ainsi, le temps limité ou l'emploi du temps chargé des prestataires de soins de santé peut signifier qu'un CHW ne peut guère rendre visite à un bénéficiaire, ou qu'il ne peut obtenir que peu d'informations supplémentaires pour assurer un suivi adéquat. Un autre exemple : lorsque, régulièrement, de nouveaux collaborateurs arrivent dans des organisations plus importantes, ils doivent à chaque fois se familiariser à nouveau avec un CHW ou être informés sur le programme CHW, ou le suivi d'un bénéficiaire devient laborieux parce que le dossier doit être transféré à chaque fois. Cela met en exergue l'importance d'une vision commune : les collaborations sont souvent influencées par l'attitude et la vision des deux parties. Si elles ne sont pas similaires ou si elles sont difficiles à concilier, la collaboration peut être entravée.

Recommandation 5 : conformément à la recommandation 4, nous recommandons qu'au début d'une collaboration, les rôles, la mission et la vision du partenaire de collaboration soient également clairement communiqués à l'équipe CHW locale. Ce faisant, il est également opportun de convenir d'une méthode de communication claire, de l'utilisation du matériel et des objectifs communs de la collaboration.

Comment résoudre les difficultés dans une collaboration ?

De nombreuses situations susceptibles d'entraver une collaboration ont été résolues car du temps avait passé. Ainsi, les rôles des CHW ont été plus clairement définis au fil de l'avancée du programme, et la vision a été affinée, ce qui a également permis de rendre les collaborations plus concrètes. En outre, toutes les personnes interrogées indiquent qu'une communication ouverte est essentielle pour résoudre les difficultés. Si une difficulté de collaboration survient, elle est d'abord abordée verbalement par l'une des parties. Souvent, cela permet déjà de trouver une solution. Ce faisant, il ressort qu'il est important pour les deux parties d'avoir une attitude ouverte et de faire preuve d'une volonté d'apprentissage afin d'avoir une conversation constructive et orientée vers la recherche de solutions.

Si le CHW a du mal à aborder un problème dans le cadre de la collaboration, ou s'il ne parvient pas immédiatement à trouver une solution avec le partenaire de collaboration, il fait souvent appel au coach pour trouver une solution.

Les entretiens ont révélé peu de cas où les difficultés rencontrées dans le cadre d'une collaboration n'ont pu être résolues. Toutefois, certaines collaborations ont échoué en raison d'un concours de circonstances, dans lequel une répartition peu claire des rôles semblait souvent être à l'œuvre.

Comment les collaborations sont-elles évaluées ?

Pour de nombreux partenaires de collaboration, cette étude a constitué une première occasion de réfléchir à leur collaboration et à son évolution. Les personnes interrogées et les partenaires de collaboration ont déclaré avoir trouvé cette expérience positive et souhaiter la renouveler plus souvent. Bien que les CHW discutent parfois de manière informelle des collaborations avec leur équipe ou leur coach, il existe peu d'occasions de procéder à une évaluation structurelle en interne au sein de l'équipe du CHW, ou entre le CHW et le partenaire de collaboration. Si des difficultés devaient surgir, bien qu'elles soient rares selon les deux parties, nous sommes convaincus qu'elles pourront être clarifiées et résolues grâce à des discussions constructives et à de nouveaux accords. Certains CHW s'entretiennent de temps en temps de manière informelle avec leurs partenaires de collaboration pour savoir comment celle-ci se déroule pour eux, s'il y a lieu de discuter pour (re)mettre au point les détails de la collaboration.

« J'essaie tous les cinq mois, six mois, ça dépend. Si je remarque qu'ils ne me contactent jamais, je vais peut-être une fois réessayer. « Oui, bonjour. Je suis encore là. N'hésitez pas s'il y a quelque chose, si vous voulez que je passe encore une fois chez vous. J'essaye, oui. [...] Et quand j'ai une période un peu plus calme, que je n'ai peut-être pas beaucoup de travail, je prends le temps, je repasse le téléphone aux associations que je n'ai pas entendues depuis longtemps. Je vais les rappeler et prendre de leurs nouvelles. »

(CHW Wallonie)

La vérification informelle favorise le bon fonctionnement des collaborations, mais tous les CHW ne prennent pas cette initiative ou sont empêchés de le faire en raison de contraintes de temps et de travail. Les résultats de l'étude indiquent que le suivi structurel des collaborations peut apporter une valeur ajoutée, par exemple lorsque la connaissance du programme CHW s'améliore parmi les partenaires de collaboration grâce à la communication des rôles des CHW ou des changements internes du programme.

Recommandation 6 : nous recommandons au moins un cycle d'évaluation annuel entre les partenaires, au cours duquel la collaboration est concrètement examinée. Si nécessaire, une courte enquête peut d'abord être envoyée par e-mail et, le cas échéant, une concertation d'évaluation peut ensuite être programmée.

Préoccupations et suggestions des partenaires de collaboration

Les entretiens ont également révélé certaines préoccupations parmi les partenaires de collaboration, notamment en ce qui concerne la santé mentale des CHW. Étant donné que la délimitation des rôles n'était pas clairement définie au début du programme et que les CHW ont un large éventail de tâches, les partenaires de collaboration ont constaté une charge de travail élevée pour les CHW. Ce constat est en partie à imputer à la personnalité du CHW, qui veut souvent faire son travail le mieux possible et se sent responsable du suivi des personnes au sein de la communauté.

En conséquence, le CHW fixe parfois des limites professionnelles plus difficiles à respecter. Certains partenaires de collaboration suggèrent donc que les CHW soient accompagnés concernant ce point et qu'ils veillent à ne pas en faire trop.

Une deuxième préoccupation concerne l'ancrage local du programme et les limites géographiques de la zone d'action des CHW qui en résultent. Dans certains cas, cette délimitation géographique crée un obstacle à l'accompagnement ou à la collaboration avec le bénéficiaire. Ce point a également été cité par certains CHW. Cela peut s'avérer difficile, en particulier dans les petites villes où le champ d'action des CHW se limite à la ville. Par exemple, lorsqu'un bénéficiaire est orienté vers un spécialiste dans un hôpital situé en dehors de la ville, le CHW ne peut pas l'accompagner, même si cela peut se révéler nécessaire pour faciliter l'accès et lever des barrières pour les bénéficiaires.

Une troisième préoccupation qui est apparue chez certains partenaires de collaboration concernait l'autonomisation des bénéficiaires. Certains partenaires de collaboration ont constaté des pièges dans le fonctionnement des CHW. Ces pièges ont laissé certains bénéficiaires plus susceptibles de rester dans le besoin et de dépendre des conseils du CHW. Cet aspect s'est avéré source de préoccupations, en particulier lors des entretiens avec les médecins généralistes, et a également dissuadé certains d'entre eux d'intégrer structurellement le travail des CHW dans leur cabinet.

3.4. Outils

Ce chapitre explore plus avant les outils utilisés au niveau local. Par le terme « outils », nous entendons toutes les ressources pratiques et substantielles que les CHW utilisent dans leurs activités quotidiennes. La première partie de cette section de résultats explore les outils actuellement utilisés par les CHW et la façon dont ils sont perçus. Les besoins et les souhaits des CHW en matière d'outils supplémentaires seront ensuite explorés.

3.5. Outils actuels

3.5.1. Smartphone, ordinateur et applications associées

Le smartphone est apparu dans tous les entretiens comme l'outil le plus important pour les CHW. L'utilisation de Whatsapp et de Google Traduction, en particulier, est essentielle à leur fonctionnement quotidien. Grâce à Whatsapp, les CHW sont toujours joignables – entre eux et avec les bénéficiaires – et comme cette application est gratuite, c'est un canal très accessible. Ils font également un usage intensif d'autres services Google tels que Google Maps et Google Lens.

La transition des tablettes vers les ordinateurs portables et les smartphones est généralement bien accueillie, bien que plusieurs CHW aient indiqué que l'ordinateur portable est trop grand et trop lourd pour être emmené tous les jours. Par conséquent, l'ordinateur portable est principalement utilisé à domicile pour remplir l'outil d'enregistrement et plusieurs CHW ont donc demandé une version mobile de l'outil d'enregistrement afin de pouvoir le remplir plus facilement tout au long de leur journée de travail. L'outil d'enregistrement, tel que décrit dans les rapports annuels précédents (cf. Masquillier, Cosaert et al. 2022 ; Masquillier & Wouters 2023), est toujours perçu comme une obligation administrative plutôt que comme un outil de soutien. Pour mieux adapter l'outil à la façon dont les CHW travaillent, un CHW a suggéré d'intégrer une feuille de route d'accompagnement ou un questionnaire structuré dans l'outil : « Quelle question posez-vous à une personne handicapée ? À quoi faut-il absolument penser ? » Un autre CHW souhaite avoir un meilleur accès aux données collectées afin de pouvoir en tirer des enseignements : « Qui avons-nous atteint ? Quelles tranches d'âge ? Quels quartiers ? Dans quels domaines ai-je été le plus utile ? Quels sont les rôles auxquels je devrais consacrer plus de temps ? »

Outre l'outil d'enregistrement, le pack Microsoft Office est également utilisé. Microsoft Teams est utilisé comme canal de communication au sein des équipes et pour organiser des tâches administratives telles que les frais, et les calendriers dans Outlook sont utilisés comme agenda. Certains CHW ont demandé à avoir accès aux agendas de leurs collègues afin de mieux prendre en charge le suivi de leurs bénéficiaires en cas de maladie ou d'absence.

3.5.2. Outils de gestion

En plus de l'outil d'enregistrement, chaque CHW a développé son propre système de suivi des données. Certains utilisent des carnets, d'autres des dossiers, des livrets ou des documents en ligne pour garder une trace des données des bénéficiaires, de leurs demandes d'aide et de leurs actions antérieures. Souvent, ces livrets sont également utilisés comme des agendas supplémentaires. Ces « livrets de gestion » sont en outre complétés par des documents de soutien et d'information. Quelques exemples :

- une liste de réseaux privés d'organisations, de fonctions, d'adresses e-mail et de numéros de téléphone. Il s'agit d'une sorte de « carte sociale » créée par soi-même.
- un « livret de déplacement » pour calculer les frais.
- Des cartes mentales sont parfois utilisées pour structurer des cas complexes dans le but de rendre les rôles des CHW clairs et visibles et d'obtenir la visibilité des autres travailleurs sociaux impliqués.

Certains CHW ont demandé une méthode uniforme de suivi des informations : « *Ce serait bien, je pense, si nous pouvions avoir un truc unifié, quelque chose comme : d'accord, c'est ici que nous allons pouvoir faire le suivi de nos informations.* » Mais d'un autre côté, il y a la crainte qu'un document officiel dissuade les bénéficiaires : « *Sinon, les gens le considéreront comme un document officiel et ne voudront pas participer.* »

Recommandation 7 : nous recommandons le développement d'un système de gestion uniforme et/ou d'un dossier central dans lequel les CHW peuvent conserver de manière systématique et efficace toutes les informations nécessaires sur chaque bénéficiaire afin de les aider dans leur travail quotidien sur le terrain. Nous avons déjà élaboré une proposition de système unifié de ce type, que nous avons testée lors d'une séance de feedback avec certains CHW (voir méthodologie, pages 6-7). Les CHW se sont montrés très favorables à cette proposition.

3.5.3. Outils d'identification et de visibilité

Les CHW soulignent l'importance du matériel promotionnel tel que les badges, les bannières, les cartes de visite et les brochures. Ils indiquent moins utiliser ce matériel que pendant les premières années du programme parce qu'ils ont acquis une plus grande notoriété entretemps. Les cartes de visite sont désormais principalement utilisées par les organisations partenaires. Une grande partie du matériel promotionnel évoqué lors des entretiens a été élaborée par les équipes elles-mêmes. Ce matériel a également été abordé dans le rapport annuel précédent : affiches, T-shirts avec le logo du programme CHW, sous-main avec le logo, etc. En général, les coachs sont responsables de la commande de ce matériel. Les outils non mentionnés précédemment sont Facebook et LinkedIn ; plusieurs équipes ont créé leur propre page sur laquelle elles publient régulièrement leurs activités. Elles parviennent ainsi à toucher un plus grand nombre de personnes, qu'il s'agisse de bénéficiaires ou de partenaires.

Recommandation 8 : nous recommandons d'uniformiser les supports de communication, tels que les brochures, les badges et les cartes de visite, afin de disposer d'un moyen de communication commun à toutes les équipes.

3.5.4. Outils pratiques

Les outils pratiques souvent mentionnés sont les badges d'accès aux locaux des organisations partenaires, la sacoche d'ordinateur, le désinfectant, les masques buccaux et les lecteurs de cartes d'identité. La veste imperméable a également été évoquée fréquemment : de nombreux CHW la trouvent trop fine et trop légère et demandent une veste d'hiver plus épaisse. Le sac à dos fourni à tous les CHW n'est pas assez grand pour transporter tout l'équipement nécessaire (par ex. l'ordinateur portable, voir ci-dessus) et s'abîme relativement vite. Un autre outil pratique consiste à utiliser du papier vierge (par ex. des post-it ou des carnets à feuilles détachables) pour noter des informations (par ex. une adresse ou un numéro de téléphone) et les donner aux bénéficiaires.

3.5.5. Support matériel

Tous les CHW ont indiqué utiliser peu le support matériel lié à des maladies ou à des sujets spécifiques. Ils utilisent Internet et s'y réfèrent si nécessaire. Il existe cependant quelques exemples de support matériel : les CHW utilisent parfois du matériel provenant d'organisations partenaires pour aborder des thèmes sensibles. Un des équipes a également réalisé des animations pour expliquer le système de santé en Belgique ou pour lancer des discussions sur la santé mentale et physique. Les CHW d'une autre ville ont créé leurs propres images pour entamer des discussions sur la sexualité et les dépendances, et les CHW d'une troisième ville utilisent un livre sur les soins bucco-dentaires pour sensibiliser les bénéficiaires. Les « cartes de droits » élaborées par cette dernière ville et contenant des informations permettant de réduire les coûts chez les prestataires de soins de santé semblent bien fonctionner. Un autre CHW a élaboré sa propre brochure informative sur le dossier médical global, le régime du tiers payant, les dentistes conventionnés locaux, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les organisations, etc. Les cartes d'information générale et les pictogrammes développés par et pour le programme ne sont utilisés régulièrement que dans une seule ville. Les CHW affirment que toute information ou outil supplémentaire est le bienvenu. En revanche, certains craignent que la multiplication des outils n'entraîne un surcroît de travail administratif.

Recommandation 9 : nous recommandons de développer une bibliothèque d'outils (en ligne) où les CHW peuvent retrouver l'ensemble du support matériel. Par exemple, pour un bénéficiaire atteint d'un cancer du poumon qui souhaite obtenir des informations supplémentaires, le CHW peut trouver dans la bibliothèque d'outils des cartes explicative de l'organisation des patients atteints de cancer du poumon pour exposer les différents traitements au bénéficiaire et à sa famille. Cette proposition a été présentée lors d'une séance de feedback avec certains CHW (voir méthodologie pages 6-7) et a été évaluée positivement.

3.6. Besoins et souhaits

Lors de la discussion sur les besoins et les souhaits des CHW en matière d'outils, la demande d'outils pratiques a été particulièrement forte. Presque tous les CHW demandent un local fixe ou un endroit indépendant fixe pour effectuer leur travail administratif, avoir des rendez-vous avec des bénéficiaires ou aller aux toilettes. Cet endroit pourrait également servir de lieu de stockage pour le matériel pratique tel que les masques, les désinfectants, les gants, etc., ce qui réduirait le poids que les CHW doivent porter dans leur sac à dos. Dans la plupart des villes, les CHW ont déjà trouvé un local au sein des organisations partenaires, mais cette cohabitation ne se fait pas toujours sans heurts. En outre, les bénéficiaires peuvent s'y perdre, car ils pensent que les CHW font partie de ces organisations partenaires. Une imprimante n'est pas toujours disponible dans les locaux, ce qui conduit certains CHW à imprimer chez eux. Une attention particulière et des accords avec les organisations partenaires semblent donc nécessaires ici.

Il a également été demandé de disposer d'une vue d'ensemble par équipe afin de savoir quel CHW est en contact avec qui. Cela peut être utile pour prendre en charge des bénéficiaires en cas de maladie ou d'absence, et n'est pas encore systématisé dans toutes les équipes.

Recommandation 10 : nous recommandons de développer un système permettant aux CHW d'une même équipe de voir quel CHW suit quel bénéficiaire, ce qui donnerait un aperçu succinct de la demande d'aide et de l'orientation. Cela permet d'assurer un suivi adéquat de ces bénéficiaires en cas d'absence d'un CHW.

En ce qui concerne le support matériel, les CHW ont également formulé beaucoup de demandes en matière de formation et d'éducation : « *Vous savez, ce serait bien si nous pouvions avoir plus de formation* » et « *Je pense que nous avons besoin de plus de formation dans le domaine des soins de santé* ». Cette question est très vaste : « *...toute information concernant la santé serait la bienvenue. En termes de prévention des maladies, toutes les informations sont un plus pour nous.* » Les CHW sont très désireux d'apprendre des autres prestataires de soins de santé : « *Ce sont des professionnels du domaine, ils connaissent leur métier, ils peuvent donc nous donner de petits outils et des idées.* » Les CHW ont indiqué avoir besoin de ces formations pour mieux gérer les situations difficiles et être plus confiants dans leur travail. Certaines équipes ont déjà une liste de formations qu'elles veulent suivre. Les entretiens ont fait ressortir plusieurs thèmes pouvant faire l'objet de nouvelles formations : les droits des immigrés, la sécurité sociale et les problèmes d'addiction. Les interventions structurées pour discuter des cas au sein de l'équipe sont bien accueillies. Les CHW apprennent beaucoup les uns des autres dans ce domaine et souhaitent le faire plus fréquemment, à la fois au sein de leur propre équipe et avec des équipes d'autres villes.

Il y a également eu une demande de vélos (avec le logo du programme CHW) pour se déplacer plus facilement et plus rapidement. À un endroit, les CHW recevaient déjà des vélos de la part d'un partenaire, mais les bénéficiaires pensaient que les CHW étaient affiliés à ce partenaire. Il existe une demande de vêtements supplémentaires dans le cadre du programme (par ex. veste d'hiver, chaussures, pantalons de pluie). En outre, les CHW et les coachs souhaitent disposer de davantage de matériel promotionnel, tel que des brochures actualisées, des autocollants, des polos, des casquettes, des gourdes et des stylos à bille portant le logo. Il semble donc nécessaire que les CHW se positionnent plus clairement et de manière plus reconnaissable dans le contexte local (des soins de santé).

D'autres CHW ont demandé à disposer de plus d'avantages extralégaux, tels que des chèques-repas ou un budget pour l'achat de vêtements.

3.7. Résultats de la séance de feedback

Sur la base des résultats précédents, l'équipe de recherche a formulé deux recommandations. Pour vérifier qu'elles étaient également soutenues par les CHW eux-mêmes, ces deux recommandations ont été abordées lors de deux séances de feedback en ligne.

La première recommandation porte sur l'élaboration d'une méthode uniforme de suivi des informations :

Le développement d'un système de gestion uniforme et/ou d'un dossier central dans lequel les CHW peuvent conserver de manière systématique et efficace toutes les informations nécessaires afin de les aider dans leur travail quotidien. Une solution possible consiste à combiner les différents livrets élaborés par les CHW eux-mêmes en un système de gestion uniforme.

Sur la base des recherches menées avec les CHW, les différents carnets élaborés par les CHW eux-mêmes ont été regroupés dans un système de gestion unifié. L'idée sous-jacente est de simplifier le travail futur des CHW en bénéficiant des meilleures pratiques des CHW actuels. Les trois CHW flamands ont réagi de manière très positive à cette proposition, indiquant qu'elle apporterait une valeur ajoutée significative à leur travail sur le terrain. Certains CHW ont immédiatement manifesté leur intérêt pour cette proposition. Les CHW wallons ont également réagi avec enthousiasme, considérant avant tout cet outil comme un aide-mémoire pratique pour ne pas oublier des informations importantes au cours de leur travail.

Une deuxième recommandation a été élaborée à partir du résultat de l'étude : les CHW utilisent relativement peu de support matériel pour soutenir leurs activités, mais sont ouverts à des ressources supplémentaires :

Le développement d'une bibliothèque d'outils en ligne où les CHW peuvent retrouver l'ensemble du support matériel. Par exemple, pour un bénéficiaire atteint d'un cancer du poumon qui souhaite obtenir des informations supplémentaires, le CHW peut trouver dans la bibliothèque d'outils des cartes explicative de l'organisation des patients atteints de cancer du poumon pour exposer les différents traitements au bénéficiaire et à sa famille.

Une version préliminaire de ce à quoi pourrait ressembler une telle « bibliothèque d'outils » a été présentée au cours des entretiens avec le groupe de discussion. Cette proposition a été accueillie avec enthousiasme et tous les CHW ont estimé qu'il s'agissait d'une idée intéressante. La préférence était donnée à un système numérique dans lequel tous les outils sont clairement présentés, qui – si le CHW le souhaite – peuvent être imprimés en cas de besoin. Un document complémentaire présentant une vue d'ensemble de tous les outils a également été jugé utile.

4. Discussion

Nous présentons ci-dessous les résultats de notre étude dans un cadre scientifique plus large et établissons des liens entre nos résultats et la littérature théorique sur le sujet.

4.1. Collaborations

Les CHW occupent une position unique entre les communautés dans lesquelles ils travaillent et le système de santé. Cette position offre des avantages significatifs pour leur travail, mais elle exige également une intégration étroite des CHW dans le système de santé (LeBan et al. 2021; Lewin, Lehmann, and Perry 2021; Perry 2020; Schneider and Lehmann 2016). La littérature scientifique fait état d'une évolution récente vers une approche plus horizontale et englobante, les CHW constituant un élément crucial et durable des systèmes de santé (Glenton et al. 2021; Perry 2020; Perry et al. 2021). De plus en plus, le potentiel des CHW à assumer des responsabilités plus larges dans le cadre des soins de première ligne intégrés est reconnu (Hodgins et al. 2021; Perry 2020; Schleiff et al. 2021). L'intégration efficace des programmes CHW dans les systèmes de santé peut également contribuer à la durabilité et à la crédibilité des programmes, clarifier les rôles des CHW et promouvoir la collaboration entre les CHW et les acteurs de plus haut niveau au sein du système de santé (Scott et al. 2018). Le manque d'intégration des programmes CHW dans les systèmes de santé locaux peut quant à lui entraîner une fragmentation de la prestation de services qui limite l'efficacité des programmes CHW (Afzal et al. 2021; Mupara et al. 2021).

Les systèmes de santé sont souvent des entités complexes et dynamiques dont les différents acteurs ont des intérêts, des perspectives et des valeurs différents (Hodgins et al. 2021; Sacks et al. 2019).

L'intégration des CHW dans de tels systèmes reste un défi permanent et un exercice d'équilibre délicat entre les différentes parties prenantes (LeBan, Kok et al., 2021). Il est donc essentiel de mettre en place des collaborations efficaces avec les prestataires de soins de santé. Ce faisant, il convient d'harmoniser les attentes et les besoins des différents acteurs dans les contextes communautaires et de soins. Il est donc important d'adopter une approche flexible permettant d'entrer en contact avec tous ces acteurs pour mettre en place une éventuelle coopération.

Collaborations dans le cadre du programme CHW

Le programme belge CHW a accordé une attention croissante à l'établissement de telles collaborations au cours des dernières années de travail (Masquillier, Cosaert, & Wouters, 2022). Dès le début, le programme CHW a mis l'accent sur l'adaptation et l'intégration au niveau local : une fois les premiers CHW actifs, il a été possible d'opérer des adaptations au contexte local, avec des collaborations spécifiques pour chaque quartier (Masquillier and Wouters 2023). La littérature scientifique internationale souligne également que la réactivité au contexte local est essentielle à la réussite d'un programme CHW (Hodgins et al. 2021; Perry and Hodgins 2021; Sjögren Forss, Kottorp, and Rämgård 2021). L'adaptation des activités des CHW au contexte local leur permet de répondre aux besoins locaux d'une manière qui trouve écho auprès des communautés locales. Cela permet également au programme CHW de s'adapter plus facilement à l'évolution des conditions dans les quartiers (Hodgins, Kok et al., 2021 ; Lewin, Lehmann et al., 2021). Cette approche est également considérée comme plus durable et conduirait à de meilleurs résultats en matière de santé à moyen et long terme (Lewin, Lehmann et al., 2021). Cependant, il est important de souligner ici le contexte des quartiers eux-mêmes. Les CHW et les partenaires de collaboration qui opéraient dans les quartiers où un réseau bien établi était déjà en place, par exemple par l'intermédiaire d'acteurs de quartier ou de voisinage, ont indiqué que ces collaborations pouvaient être établies facilement et rapidement, ce qui est conforme à la littérature internationale (Kok et al. 2015). Cependant, dans les quartiers ou les villes où l'offre existante est plutôt fragmentée, cela peut retarder ou compliquer la mise en place de collaborations. Au début du programme CHW, les collaborations dans de telles situations se sont surtout développées sur une base ad hoc et individuelle, en fonction notamment de l'engagement des CHW et du réseau existant des coaches (Masquillier, Cosaert, and Wouters 2022).

Les programmes CHW étant façonnés par le cadre politique dans lequel ils opèrent, il est important d'examiner comment celui-ci influence la création de collaborations (Lewin, Lehmann et al. 2021). Par exemple, les structures de gouvernance fédérales et régionales du programme CHW constituent une valeur ajoutée importante pour s'engager dans des collaborations. En effet, ces structures offrent la possibilité d'ancrer les collaborations de manière durable, tout en créant une structure pour répondre aux besoins locaux. Les collaborations au niveau fédéral ou régional avec d'autres organisations et initiatives régionales ou fédérales peuvent servir de catalyseur pour créer des liens, dans le but de faciliter l'établissement de collaborations entre les équipes locales des deux parties. En Wallonie, par exemple, le partenariat régional avec le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté a également facilité les collaborations avec plusieurs organisations locales au début du programme (Masquillier and Wouters 2023). Certains CHW ont indiqué lors des entretiens que le programme CHW n'était pas encore suffisamment connu de certains acteurs. Dans les cas où ces acteurs sont pilotés au niveau régional ou fédéral, la diffusion des connaissances sur le programme CHW aux niveaux régional et fédéral peut contribuer de manière positive à la notoriété du programme au niveau local. En outre, les collaborations aux niveaux fédéral et régional se concentrent sur le partage des connaissances et de l'expertise, que ce soit ou non dans le but de fournir des conseils à l'intention des politiques. Ceci est également très important pour faire connaître le programme CHW et peut contribuer à mieux intégrer les CHW dans le système de santé.

Cependant, le développement de ces relations structurelles ne relève pas seulement de la responsabilité des programmes CHW ; il est également entre les mains des décideurs politiques qui doivent intégrer les CHW dans leur vision politique en tant que partie intégrante du système de santé (Afzal et al. 2021).

À l'instar des programmes CHW du monde entier, des partenariats ont également été établis avec un large éventail de parties prenantes dans le cadre du programme CHW belge (Afzal et al. 2021). Les partenariats du programme belge CHW reflètent ce qui est décrit dans la littérature scientifique : les CHW collaborent avec les instances gouvernementales, les organisations de la société civile, les prestataires de soins de première ligne, les écoles et les représentants des communautés (Afzal et al., 2021). Sur la base des résultats de l'étude, nous avons regroupé ces collaborations en plusieurs catégories générales, en particulier les acteurs des soins de santé, les acteurs à vocation sociale ou communautaire, et les institutions gouvernementales et éducatives. Les collaborations avec ces différents acteurs peuvent varier considérablement en termes de contenu et de mode de collaboration, comme le montre également la littérature internationale (Afzal et al. 2021; Franklin et al. 2015). Dans le cadre de cette étude, nous avons établi une distinction entre les collaborations visant à partager l'expertise et les connaissances, à toucher le groupe cible ou à soutenir un bénéficiaire individuel. Les résultats de l'étude nous permettent de conclure que certains types de collaboration sont plus fréquents chez certains types de partenaires. Nous constatons que le soutien d'un bénéficiaire individuel est plus fréquent dans les collaborations avec les acteurs des soins de santé. D'autre part, nous constatons qu'il est plus fréquent d'atteindre le groupe cible, en ce compris les activités telles que la fourniture d'informations, dans les collaborations avec des acteurs à vocation sociale ou communautaire.

Intégration dans les soins de santé classiques

Selon la littérature internationale, les meilleures chances de collaborations fructueuses avec les soins de santé classiques se présentent lorsque les CHW sont intégrés dans le système de soins de santé de première ligne (Franklin et al. 2015). Par exemple, les CHW peuvent contribuer à rendre les services de soins de santé existants plus visibles et fournir des informations précises sur les soins de première ligne (Onyango, Schatz, and Lazarus 2017). En outre, au sein des systèmes de santé, les CHW peuvent faire entendre la voix des communautés auprès desquelles ils opèrent (Franklin et al. 2015). Il est donc important que les CHW soient en contact étroit avec les acteurs des soins de santé (Afzal, Pariyo et al. 2021). Toutefois, les collaborations avec les organisations de première ligne dans le cadre du programme CHW ne sont souvent pas encore structurées. L'étude a révélé que ces collaborations se concentrent principalement sur le suivi des bénéficiaires individuels et sont généralement unilatérales, les CHW orientant ou guidant vers les prestataires de soins de santé. La situation inverse est moins fréquente, de même que d'autres formes de collaboration. Lorsque cette situation inverse se présente, c'est le plus souvent avec les travailleurs « à orientation sociale » du secteur des soins de santé, tels que les travailleurs sociaux dans les hôpitaux ou les réceptionnistes dans les centres de santé de quartier.

La reconnaissance de la valeur ajoutée des CHW dans le domaine des soins de santé est principalement le fruit d'une collaboration efficace entre les deux parties. Il est donc important de mettre en place des collaborations fructueuses, mais c'est un processus qui demande du temps, de la planification et de la coordination (Crigler, Hill, and Furth 2013). L'intégration des CHW dans les organisations de soins de santé est décrite comme un processus d'apprentissage qui prend beaucoup de temps, parfois des années (Washburn et al., 2022). Elle nécessite l'instauration progressive d'un climat de confiance entre les CHW et les services de soins de première ligne. Les aspects importants de la mise en place d'une collaboration sont une connaissance claire, une communication ouverte et une bonne coordination des tâches et des rôles.

Il est essentiel de souligner que les CHW soutiennent les soins aux patients et ne constituent pas une charge supplémentaire pour le système de santé. Une communication efficace entre les prestataires de soins de santé et les CHW, l'utilisation de protocoles et de lettres de renvoi peuvent également contribuer à renforcer le lien entre les CHW et les établissements de santé (LeBan, Kok et al., 2021). Par ailleurs, il est important de comprendre que les collaborations sont également influencées par des facteurs externes, tels que la pression temporelle et la volonté (« goodwill ») des acteurs de première ligne de collaborer (Washburn et al., 2022). La prise de conscience de ces facteurs peut avoir un impact significatif sur l'efficacité des collaborations.

Il est important de noter que lorsque les programmes CHW se concentrent exclusivement sur l'intégration dans le système de santé, de potentielles tensions avec les besoins de la population cible peuvent survenir. La santé des groupes cibles du programme CHW est souvent influencée par des déterminants sociaux, liés à des domaines tels que le logement et l'emploi (Masquillier et al., 2022 ; Masquillier & Wouters, 2023). Il ressort de l'étude qu'une inadéquation entre les besoins de la communauté et les services des CHW peut conduire à l'insatisfaction du groupe cible et générer des sentiments de frustration et d'impuissance chez les CHW (Glenton, Javadi et al. 2021). Les questions et les cas auxquels les CHW sont confrontés nécessitent donc une collaboration plus large entre les différents domaines, comme le montrent les résultats de l'étude. Le programme CHW belge doit faire l'objet d'une attention soutenue, à la fois pour promouvoir des collaborations efficaces avec les prestataires du système de santé et pour répondre aux besoins plus larges des groupes cibles, afin d'instaurer la confiance nécessaire à une intégration réussie dans la communauté (LeBan, Kok et al. 2021, Perry, Chowdhury et al. 2021).

Une bonne collaboration

Une collaboration claire et constructive entre les CHW et les partenaires de collaboration présente de nombreux avantages. En effet, les collaborations jouent un rôle crucial dans l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité du système de soins de santé (Witmer et al. 1995). Les participants à l'étude ont également souligné le rôle crucial de la collaboration, affirmant qu'elle contribue à toucher le groupe cible d'une meilleure manière et plus efficacement. Ils ont souligné que la collaboration permet d'améliorer le suivi et l'orientation des bénéficiaires, et que les deux parties se complètent en termes d'expertise et de connaissances. Les collaborations permettent également aux personnes ayant des besoins spécifiques de trouver plus rapidement le chemin vers les CHW. Ces résultats sont confirmés par la recherche internationale (Damio et al. 2017; Franklin et al. 2015; Glenton et al. 2021). En outre, une bonne collaboration peut légitimer le rôle du CHW, à la fois au sein du système de santé et vis-à-vis du groupe cible (LeBan, Kok et al., 2021).

Pour parvenir à une bonne collaboration, certaines caractéristiques essentielles ont été évoquées par les personnes interrogées. Elles ont ainsi souligné l'importance de la confiance, d'une communication claire et ouverte, d'une attitude de travail flexible et d'une vision commune entre les deux parties. Elles relèvent également l'importance d'avoir les mêmes valeurs, telles que l'humanité et l'empathie. Ces facteurs se retrouvent également dans la littérature internationale. Une collaboration fondée sur le respect et la confiance mutuelle est essentielle pour obtenir des résultats positifs (Franklin et al. 2015 ; LeBan et al. 2021). Une communication efficace est au cœur de ce processus (LeBan et al. 2021). En outre, une compréhension commune des normes, des valeurs et des objectifs partagés contribue considérablement à une collaboration harmonieuse. La reconnaissance et la bonne communication entre les CHW et les prestataires de soins de santé ont un impact positif sur la performance du travail des CHW (Kok, Dieleman et al., 2015).

Obstacles à la collaboration

Toutefois, de potentiels obstacles à une collaboration ont également été soulignés. Les CHW savent qu'ils ne sont pas toujours pris au sérieux ou traités sur un pied d'égalité par les partenaires de collaboration, en particulier lorsqu'ils ne sont affectés qu'à des tâches administratives. Ce phénomène est également observé à l'échelle mondiale dans les études sur les CHW, qui ne sont parfois pas considérés comme faisant partie intégrante de l'offre de soins de santé (LeBan et al. 2021; Masis et al. 2021). Cependant, si le travail du CHW n'est pas reconnu par les prestataires de soins de santé et que des soins de qualité ne sont pas fournis à un patient adressé par un CHW, la confiance et le respect de la communauté envers le CHW peuvent être ébranlés, ce qui peut avoir des influences négatives sur leur travail (LeBan, Kok et al., 2021). Une collaboration réussie, fondée sur l'égalité, le respect et la confiance mutuelle, est essentielle pour obtenir des résultats positifs (Franklin et al., 2015 ; LeBan, Kok, & Perry, 2021 ; Washburn et al., 2022). Lors des entretiens, les CHW ont mentionné à plusieurs reprises que certaines collaborations peuvent ne pas démarrer ou échouer parce que le partenaire éprouve un sentiment de concurrence. Ces sentiments de concurrence peuvent résulter d'un manque de connaissance et de compréhension des rôles et de la valeur ajoutée des CHW, ce qui peut provoquer des conflits (Washburn et al., 2022). Il a également été fait spécifiquement référence à la pression temporelle et à la charge de travail parmi les prestataires de soins de santé, qui complique le démarrage ou le maintien de la collaboration. Du côté des partenaires de collaboration, le démarrage chaotique du programme a été considéré comme un obstacle à la collaboration, tout comme la courte durée initiale du programme. Ils ont également souligné l'ambiguïté des rôles que peut jouer le CHW.

Rôles du CHW

Un point récurrent dans les résultats de l'étude et la littérature scientifique est l'importance des rôles qu'un CHW peut endosser. L'ancrage réussi des CHW dans le système de santé nécessite des rôles clairs, reconnus par toutes les parties prenantes. Une définition claire du rôle du CHW peut soutenir cette démarche (Colvin, Hodgins, and Perry 2021; Kok et al. 2015; LeBan et al. 2021). Au cours des années précédentes, de nombreuses mesures ont été prises dans le cadre du programme CHW pour définir clairement les rôles d'un CHW, et ceux-ci ont été communiqués de diverses manières, notamment directement aux CHW eux-mêmes, par le biais du site Internet du programme CHW, et par les services de travail social des mutualités (Masquillier & Wouters, 2023). Pour cartographier le travail du CHW, ces rôles ont également été intégrés dans l'outil d'enregistrement spécifiquement développé par le programme CHW. Il ressort cependant du feedback sur cette étude que les connaissances à ce sujet, tant chez les CHW que chez les partenaires, ne sont pas encore claires, ou sont parfois remplies de manière trop vague par les CHW eux-mêmes. Cela peut conduire à des ambiguïtés entre les partenaires.

Il est donc essentiel de fournir des informations claires sur la contribution et les capacités des CHW. Pour jouer un rôle utile au sein du système de santé, le rôle des CHW doit être clairement défini, bien compris, respecté et soutenu de manière adéquate par les différents acteurs du système de santé (Hodgins, Kok et al., 2021 ; LeBan, Kok et al., 2021). Une description claire du rôle peut également permettre de garantir que les attentes des acteurs du secteur de la santé et des personnes qui soutiennent les CHW sont mieux alignées sur le soutien que le CHW peut apporter (Crigler et al. 2013). Plusieurs chercheurs internationaux soulignent qu'une coordination efficace et une répartition claire des responsabilités sont cruciales, les rôles des CHW et ceux des prestataires de soins de santé classiques devant être clairement définis dans le cadre de la collaboration (Franklin et al., 2015 ; LeBan et al., 2021). Une collaboration a plus de chances d'être fructueuse lorsque les acteurs du système de santé sont bien informés du rôle spécifique du CHW (Perry, Chowdhury et al. 2021). En effet, l'ambiguïté des rôles peut causer des problèmes et nuire à la crédibilité (Kok, Dieleman et al.). 2015, Colvin, Hodgins et al. 2021, LeBan, Kok et al. 2021).

Un équilibre doit être trouvé entre la reconnaissance du rôle du CHW par le partenaire de collaboration et le fait qu'ils ne soient pas considérés comme une main-d'œuvre bon marché (Niang 2020). En outre, lorsque les prestataires de soins de santé voient la valeur du travail des CHW, ils sont plus enclins à soutenir leurs activités (Glenton, Javadi et al. 2021). La participation active d'autres prestataires de soins de santé est donc nécessaire pour intégrer efficacement les CHW dans leur travail.

Définition de « collaboration »

Comme décrit dans l'introduction, nous voulons mesurer nos résultats par rapport à la définition de la collaboration mentionnée précédemment (Hammelburg, Lubbers, & Nauta, 2014) et vérifier l'applicabilité au sein du programme CHW. Nous avons choisi cette définition parce que nous l'avons considérée comme étant la plus appropriée pour définir les collaborations au sein du programme CHW. Contrairement à de nombreuses autres définitions dans un contexte international, qui se concentrent sur des systèmes de soins de santé très différents du système belge et qui mettent souvent l'accent sur les équipes de soins de santé au sein d'une même institution ou structure hiérarchique, cette définition est plus précise et s'applique mieux aux liens de collaboration dans le cadre du programme CHW. Les résultats montrent que les collaborations au sein du programme CHW présentent des similitudes avec la définition de la collaboration entre professionnels de la santé, mais qu'elles sont plus larges. Comme dans la définition, il ressort clairement des résultats de l'étude que les collaborations sont des soins partagés pour le même groupe cible ou bénéficiaire, entre différents acteurs. L'importance du partage des connaissances et des informations entre les différents acteurs est également soulignée.

Cependant, la définition de Hammelburg et de ses collègues se limite aux soins aux patients, ce qui suppose que le patient, tel qu'il est défini dans le mot, a besoin de soins médicaux. La définition se concentre sur la collaboration entre les professionnels de la santé, axée sur les soins directs aux patients, avec, il est vrai, différents niveaux de collaboration. Au sein de cette définition, la diversité des acteurs se concentre également sur les acteurs du paysage des soins (médicaux).

Dans le programme CHW, cependant, les partenariats vont au-delà de cette approche. Dans le cadre des collaborations CHW, l'accent est davantage mis sur une plus grande diversité de partenaires de collaboration d'une part, et sur les types de collaboration, d'autre part. Par exemple, les collaborations ont lieu non seulement avec des professionnels de la santé, mais aussi avec des acteurs à vocation sociale, ainsi qu'avec des institutions gouvernementales et éducatives. Il s'agit d'une nécessité dans le cadre du programme CHW pour répondre aux besoins du groupe cible. Les collaborations sont également mises en place pour d'autres raisons que le simple suivi d'un bénéficiaire individuel, à savoir pour atteindre ensemble le groupe cible d'une meilleure manière. En outre, les CHW s'attachent également à transmettre des informations sur la santé à un groupe cible plus large. La définition de Hammelburg et de ses collègues se limite donc à un sous-ensemble de collaborations au sein du programme CHW.

Ainsi, pour faciliter une communication claire autour des collaborations, il serait préférable d'élargir cette définition de la collaboration et de l'aligner sur les objectifs prioritaires du programme CHW. Lors de l'alignement de cette définition, la description suivante peut servir de point de départ : *« La collaboration au sein du programme CHW belge se concentre sur la réalisation conjointe d'objectifs relevant de la mission générale du programme CHW, tels que partager l'expertise et les connaissances, toucher des groupes cibles ou soutenir des bénéficiaires individuels. Les collaborations peuvent être conclues avec des acteurs des soins de santé, des acteurs à vocation sociale ou communautaire, ou encore des institutions gouvernementales ou éducatives. La collaboration est un processus dynamique dont le contenu et la forme peuvent varier. Pour une collaboration efficace, il est essentiel que les deux parties soient sur un pied d'égalité et que les valeurs telles que la confiance et le respect soient au premier plan. »*

4.2. Outils

Les outils de soutien jouent un rôle essentiel dans la promotion de l'efficacité du travail des CHW (Scott et al., 2018 ; Organisation mondiale de la santé, 2020). Toutefois, la diversité de ces outils et de leurs applications n'a fait l'objet que de peu de recherches au niveau international. En outre, les études internationales sur les outils utilisés dans le travail des CHW sont souvent étroitement liées à des contextes locaux spécifiques ou à des tâches spécifiques au sein d'un programme CHW particulier. La disponibilité des ressources et des infrastructures varie considérablement selon les communautés, les contextes et les pays où les CHW exercent leurs activités (Organisation mondiale de la santé 2020). Il est donc difficile de comparer nos résultats avec la littérature existante.

Dans le cadre du programme CHW, il semble que les CHW utilisent principalement des outils pratiques, leur smartphone et les applications associées étant perçus comme l'outil le plus important. En outre, au cours des années précédentes, de nombreux outils administratifs internes ont été développés par les CHW eux-mêmes, tels que des carnets, des dossiers et des livrets, afin de conserver des informations sur les bénéficiaires et les rendez-vous. C'est également le cas des outils liés à l'identification et à la visibilité. Afin de rationaliser ce processus dans l'ensemble du programme CHW, le groupe de travail « visibilité » s'est réuni à nouveau en 2023. Ce groupe travaille à l'élaboration d'une charte graphique uniforme.

Quant au support matériel, tel que les cartes d'information ou les outils de conversation, il semble que les CHW les utilisent moins fréquemment. La majorité des CHW indiquent qu'ils n'en ont guère besoin. Ils estiment généralement suffisant de rechercher des informations en ligne ou de s'adresser à leurs bénéficiaires. Néanmoins, la littérature scientifique suggère que les outils éducatifs peuvent être utiles pour le transfert de connaissances et l'acquisition de compétences afin de fournir des services efficaces (Glenton et al., 2021 ; Kok et al., 2015 ; Organisation mondiale de la santé, 2020). Les séances de feedback sur les recommandations potentielles ont révélé que les CHW trouveraient utile de disposer d'une « bibliothèque » des outils existants. Cela pourrait être mis en œuvre sous la forme d'un système numérique leur permettant de vérifier si un outil approprié est déjà disponible lorsqu'ils ont besoin de support matériel.

Les CHW ont surtout exprimé un besoin accru d'outils pratiques, tels que des vêtements, du matériel promotionnel et surtout un lieu de travail dédié. Les formations ont également été spécifiquement plébiscitées. Les CHW ont souligné qu'elles sont essentielles pour mieux gérer les situations difficiles et développer une plus grande confiance en eux dans leur travail. En effet, l'importance de la formation semble cruciale pour affiner les aptitudes de base et les compétences fondamentales (Crigler et al. 2013; Schleiff et al. 2021). En outre, la littérature souligne l'importance de la formation continue pour la professionnalisation permanente des CHW (Organisation mondiale de la santé, 2020).

5. Limites de l'étude

L'étude présente également certaines limites qu'il est important de prendre en compte lors de l'interprétation des résultats. Tout d'abord, notre collecte de données s'est concentrée sur les collaborations dans le contexte local des CHW, qui ont fait l'objet d'entretiens approfondis tant avec les CHW qu'avec les partenaires de collaboration. La collecte de données sur les collaborations aux niveaux fédéral et régional a été plus limitée et s'est faite par le biais de formulaires remplis par les coordinateurs régionaux et fédéraux. Il peut en résulter une image incomplète et moins approfondie des collaborations au niveau politique global.

Une deuxième limite est liée à la sélection des candidats à l'entretien. Seuls un *Community Health Worker* et un partenaire de collaboration ont été interrogés par ville, ce qui limite la possibilité de généraliser les résultats de l'étude. Cependant, cette sélection a été organisée de manière à ce que, avec les ressources disponibles, un CHW et un partenaire de collaboration soient interrogés dans toutes les villes, ce qui a permis d'identifier des dynamiques communes à toutes les villes. Pour sélectionner les candidats aux entretiens, pendant et après une séance d'information sur la conception de l'étude, nous avons demandé aux coachs et aux CHW de nous communiquer les coordonnées des CHW souhaitant participer à l'étude. Cela présente un risque de biais de sélection, car les entretiens n'ont été menés qu'avec des personnes disposées à collaborer, ce qui peut donner une image déformée des choses. Les coordonnées des partenaires de collaboration ont également été collectées par l'intermédiaire des coachs et des CHW, ce qui peut avoir une incidence sur la représentativité de l'échantillon. En demandant à chaque fois un exemple de collaboration positive et difficile, nous avons essayé de contrecarrer une représentativité trop positive, mais cela ne peut pas être exclu.

Une troisième limite concerne la nature qualitative de l'étude, qui est plutôt exploratoire. Cela signifie que les résultats ne sont pas généralisables à toutes les collaborations dans les programmes CHW, mais qu'ils offrent plutôt un aperçu des dynamiques locales autour des collaborations dans le cadre du programme CHW belge.

Enfin, l'utilisation de formulaires génériques a impliqué une limitation. Bien qu'ils aient été remplis de manière exhaustive pour chaque ville, les questions et la manière dont ils ont été remplis montrent qu'il y a parfois eu des différences d'interprétation. Par exemple, ce qui est considéré comme une collaboration peut déjà varier d'une personne interrogée à l'autre en raison de l'absence de définition claire du terme. Cela peut varier selon les coachs et les équipes, certains se limitant à une collaboration mutuelle, tandis que d'autres mentionnent toutes les organisations dans le formulaire, même s'il n'y a pas de collaboration active existante. Cette variabilité du remplissage des formulaires est en partie influencée par des facteurs tels que la pression du temps et la charge de travail, qui peuvent affecter la précision des données.

6. Recommandations

Tout au long du texte, nous avons déjà formulé quelques recommandations afin de continuer à optimiser les collaborations et l'utilisation des outils dans l'avenir du programme. Nous les reprenons ici dans l'ordre. Si le programme décide de suivre ces recommandations, nous conseillons qu'un processus décisionnel participatif soit toujours mis en place afin que la mise en œuvre de ces recommandations soit largement soutenue dans le programme. Nous préconisons de revoir les recommandations avec les CHW et les coachs et de les développer davantage en collaboration avec eux afin que la mise en œuvre et les résultats soient aussi proches que possible des attentes et des besoins du terrain.

6.1. Recommandations sur les collaborations

- **Recommandation 1:** si l'extension géographique du programme est prévue, nous recommandons de procéder au préalable à une analyse approfondie du contexte. Il ressort de notre étude que l'intégration locale du programme est cruciale et qu'il existe dans certaines villes des services, des organisations et des projets dont le contenu est similaire ou complémentaire. Il est donc très important d'examiner l'approche unique que le programme CHW peut offrir dans ce contexte local et de l'inclure dans l'intégration.

Cela vaut également pour les groupes cibles : dans certaines villes, le groupe cible est différent (par ex. les personnes issues de l'immigration versus les personnes âgées), de sorte que l'intégration et les collaborations devront être mises en place différemment.

- **Recommandation 2:** nous recommandons de toujours vérifier auprès des nouveaux partenaires s'ils ont besoin d'un entretien d'information sur la vision du programme et les rôles du CHW.
- **Recommandation 3:** nous recommandons d'effectuer encore une fois une « tournée publicitaire » annuelle avec les partenaires (potentiels). En vérifiant chaque année (ou lors de la prolongation du programme) si de nouvelles organisations ont rejoint le quartier/la ville et s'il existe des collaborations difficiles pour lesquelles le contact doit être renoué, les collaborations peuvent se dérouler plus harmonieusement.
- **Recommandation 4:** une mission et une vision claires du programme CHW et une délimitation du rôle du CHW se sont révélées indispensables tout au long de l'étude. Pour les partenaires, les choses manquent souvent de clarté en ce qui concerne le programme lui-même, et ce que peut faire un réseau CHW. Nous recommandons une meilleure concrétisation à l'avenir et une communication aux partenaires de collaboration.
- **Recommandation 5:** conformément à la recommandation 4, nous recommandons qu'au début d'une collaboration, les rôles, la mission et la vision du partenaire de collaboration soient également clairement communiqués à l'équipe CHW locale. Ce faisant, il est également opportun de convenir d'une méthode de communication claire et des objectifs communs de la collaboration.
- **Recommandation 6:** nous recommandons au moins un cycle d'évaluation annuel entre les partenaires, au cours duquel la collaboration est concrètement examinée. Si nécessaire, une courte enquête peut d'abord être envoyée par e-mail et, le cas échéant, une concertation d'évaluation peut ensuite être programmée.
- **Recommandation 7:** nous recommandons le développement d'un système de gestion uniforme et/ou d'un dossier central dans lequel les CHW peuvent conserver de manière systématique et efficace toutes les informations nécessaires pour les aider dans leur travail quotidien sur le terrain. Une solution possible consiste à combiner les différents livrets élaborés par les CHW eux-mêmes en un système de gestion uniforme.
- **Recommandation 8 :** nous recommandons d'uniformiser les supports de communication, tels que les brochures, les badges et les cartes de visite, afin de disposer d'un moyen de communication commun à toutes les équipes.

6.2. Recommandations en matière d'outils

Ces recommandations ont déjà été indiquées par les CHW, voir 3.4.3 Résultats de la séance de feedback.

- **Recommandation 9:** nous recommandons de développer une bibliothèque d'outils (en ligne) où les CHW peuvent retrouver l'ensemble du support matériel. Par exemple, pour un bénéficiaire atteint d'un cancer du poumon qui souhaite obtenir des informations supplémentaires, le CHW peut trouver dans la bibliothèque d'outils des cartes explicative de l'organisation des patients atteints de cancer du poumon pour exposer les différents traitements au bénéficiaire et à sa famille.
- **Recommandation 10:** nous recommandons de développer un système permettant aux CHW d'une même équipe de voir quel CHW suit quel bénéficiaire, ainsi qu'un bref aperçu de la demande d'aide et de l'accompagnement. Cela permet d'assurer un suivi adéquat de ces bénéficiaires en cas d'absence d'un CHW.

7. Références

- Abreu, F. D. L., M. A. S. Bissaco, A. P. Silva, S. R. M. S. Boschi, T. A. Scardovelli, M. F. Santos, C. C. M. Rodrigues, and S. C. Martini. 2021. "The Use and Impact of MHealth by Community Health Workers in Developing and Least Developed Countries: A Systematic Review." *Research on Biomedical Engineering* 37(3):563–82.
- Afzal, Muhammad Mahmood, George W. Pariyo, Zohra S. Lassi, and Henry 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):1–18.
- Braun, Rebecca, Caricia Catalani, Julian Wimbush, and Dennis Israelski. 2013. "Community Health Workers and Mobile Technology: A Systematic Review of the Literature." *PLoS ONE* 8(6):4–9.
- Braun, V. and V. Clarke. 2006. "Using Thematic Analysis in Psychology." *Qual. Res. Psych.* 3(77–101).
- Campbell, Karen A., Elizabeth Orr, Pamela Durepos, Linda Nguyen, Lin Li, Carly Whitmore, Paige Gehrke, Leslie Graham, and Susan M. Jack. 2021. "Reflexive Thematic Analysis for Applied Qualitative Health Research." *Qualitative Report* 26(6):2011–28.
- Colvin, Christopher J., Steve Hodgins, and Henry B. Perry. 2021. "Community Health Workers at the Dawn of a New Era: 8. Incentives and Remuneration." *Health Research Policy and Systems* 19(3):1–26.
- Crigler, L., K. Hill, and R. Furth. 2013. *Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix*. Bethesda, MD.
- Damio, Grace, Meredith Ferraro, Katharine London, Rafael Pérez-Escamilla, and N. Wiggins. 2017. *Addressing Social Determinants of Health through Community Health Workers: A Call to Action*. Hartford CT.
- Early, Jody, Carmen Gonzalez, Vanessa Gordon-Dseagu, and Laura Robles-Calderon. 2019. "Use of Mobile Health (MHealth) Technologies and Interventions Among Community Health Workers Globally: A Scoping Review." *Health Promotion Practice* 20(6).
- Feroz, A., A. Khoja, and S. Saleem. 2021. "Equipping Community Health Workers with Digital Tools for Pandemic Response in LMICs." *Archives of Public Health* 79.
- Franklin, Catherine M., Jean M. Bernhardt, Ruth Palan Lopez, Ellen R. Long-Middleton, and Sheila Davis. 2015. "Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams: An Integrative Review." *Health Services Research and Managerial Epidemiology* 2.
- Glenton, Claire, Dena Javadi, and Henry B. Perry. 2021. "Community Health Workers at the Dawn of a New Era: 5. Roles and Tasks." *Health Research Policy and Systems* 19(3):1–17.
- Greuel, Merlin, Frithjof Sy, Till Bärnighausen, Maya Adam, Alain Vandormael, Jennifer Gates, and Guy Harling. 2023. "Community Health Worker Use of Smart Devices for Health Promotion: Scoping Review." *JMIR MHealth and UHealth* 11:1–12.
- Hammelburg, Ruth, Wiebe Jan Lubbers, and Noks Nauta, eds. 2014. *Veranderende Samenwerking in de Zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum - Springer Media.
- Hodgins, Stephen, Maryse Kok, David Musoke, Simon Lewin, Lauren Crigler, Karen LeBan, and Henry

- 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):1–24.
- Javanparast, Sara, Alice Windle, Toby Freeman, and Fran Baum. 2018. "Community Health Worker Programs to Improve Healthcare Access and Equity: Are They Only Relevant to Low-and Middle-Income Countries?" *International Journal of Health Policy and Management* 7(10):943–54.
- Kok, Maryse C., Marjolein Dieleman, Miriam Taegtmeier, Jacqueline E. W. Broerse, Sumit S. Kane, Hermen Ormel, Mandy M. Tijm, and Korrie A. M. De Koning. 2015. "Which Intervention Design Factors Influence Performance of Community Health Workers in Low- and Middle-Income Countries? A Systematic Review." *Health Policy and Planning* 30(9):1207–27.
- LeBan, Karen, Maryse Kok, and Henry 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):1–20.
- Lewin, Simon, Uta Lehmann, and Henry B. Perry. 2021. "Community Health Workers at the Dawn of a New Era: 3. Programme Governance." *Health Research Policy and Systems* 19(3):1–13.
- Masis, Lizah, Angela Gichaga, Tseday Zerayacob, Chunling Lu, and Henry B. Perry. 2021. "Community Health Workers at the Dawn of a New Era: 4. Programme Financing." *Health Research Policy and Systems* 19(3):1–18.
- Masquillier, Caroline, Theo Cosaert, and Edwin Wouters. 2022. *Community Health Workers in België. Rapport 2021*. Antwerpen.
- Masquillier, Caroline and Edwin Wouters. 2023. *Community Health Workers in België. Rapport 2022*. Antwerpen.
- Mupara, Lucia M., John J. O. Mogaka, William R. Brieger, and Joyce M. Tsoka-Gwegweni. 2021. "Scorecard Metrics for Assessing the Extent of Integration of Community Health Worker Programmes into National Health Systems." *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine* 13(1):1–14.
- Mupara, Lucia M., John J. O. Mogaka, William R. Brieger, and Joyce M. Tsoka-Gwegweni. 2022. "Community Health Worker Programmes' Integration into National Health Systems: Scoping Review." *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* 14(1).
- Niang, Marietou. 2020. "What Are the Roles of Community Health Workers? Looking Back at the Philosophies of Primary Health Care." *Global Health Promotion* 27(2):117–20.
- Onyango, By Denis, Eberhard Schatz, and Jeffrey V Lazarus. 2017. "Taking a 'People-Centred' Approach to Improving Access to Health Care for Underserved Communities in Europe." 23(3):23–27.
- Payne, Julianne, Sima Razi, Kyle Emery, Westleigh Quattrone, and Miriam Tardif-Douglin. 2017. "Integrating Community Health Workers (CHWs) into Health Care Organizations." *Journal of Community Health* 42(5):983–90.
- Perry, H. 2020. *Health for the People: National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe*. Washington, D.C.
- Perry, Henry B., Mushtaque Chowdhury, Miriam Were, Karen LeBan, Lauren Crigler, Simon Lewin, David Musoke, Maryse Kok, Kerry Scott, Madeleine Ballard, and Steve Hodgins. 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):1–22.
- Perry, Henry B. and Stephen 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.
- Sacks, Emma, Melanie Morrow, William T. Story, Katharine D. Shelley, D. Shanklin, Minal Rahimtoola, Alfonso Rosales, Ochiawunma Ibe, and Eric Sarriot. 2019. “Beyond the Building Blocks: Integrating Community Roles into Health Systems Frameworks to Achieve Health for All.” *BMJ Global Health* 3(Suppl 3):e001384.
- Schaaf, Marta, Caitlin Warthin, Lynn Freedman, and Stephanie M. Topp. 2020. “The Community Health Worker as Service Extender, Cultural Broker and Social Change Agent: A Critical Interpretive Synthesis of Roles, Intent and Accountability.” *BMJ Global Health* 5(6):1–13.
- Scheepers, Anna. 2015. “Samen Werken in de Wijk - Kwalitatief Onderzoek Naar Interdisciplinaire Samenwerking in Een Wijkteam En Een Wijkzorgnetwerk in Nederland.” Universiteit Utrecht.
- Schleiff, Meike J., Iain Aitken, Mohammad Ariful Alam, Zufan Abera Damtew, and Henry 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):1–29.
- Schneider, Helen and Uta Lehmann. 2016. “From Community Health Workers to Community Health Systems: Time to Widen the Horizon?” *Health Systems and Reform* 2(2):112–18.
- Scott, K., S. Beckham, M. Gross, G. Pariyo, K. Rao, G. Cometto, and H. Perry. 2018. “What Do We Know about Community-Based Health Programs? A Systematic Review of Existing Reviews on Community Health Workers and Their Integration with Health Systems.” *Human Resources for Health* 16(1):16–39.
- Sjögren Forss, Katarina, Anders Kottorp, and Margareta Rämgård. 2021. “Collaborating in a Penta-Helix Structure within a Community Based Participatory Research Programme: ‘Wrestling with Hierarchies and Getting Caught in Isolated Downpipes.’” *Archives of Public Health* 79(1):1–13.
- Suhartono, S., I. Mahardiananta, C. Dharmayanti, K. Gunawan, and I. Gunawan. 2022. “Development of Health Personnel in Medical Equipment Management in Payangan General Hospital, Gianyar, Bali.” *Jurnal Abdi Insani*.
- Vaseghi, Fatemeh, Mohammad Hossein Yarmohammadian, and Ahmadreza Raeisi. 2022. “Interprofessional Collaboration Competencies in the Health System: A Systematic Review.” *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 27(6):496–504.
- Vyt, Andre. 2008. “Interprofessional and Transdisciplinary Teamwork in Health Care.” 24(December 2007):106–9.
- Vyt, Andre. 2012. *Interprofessioneel En Interdisciplinair Samenwerken in Gezondheid En Welzijn*. Eerste dr. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Washburn, David J., Timothy Callaghan, Cason Schmit, Emily Thompson, Denise Martinez, and Megan Lafleur. 2022. “Community Health Worker Roles and Their Evolving Interprofessional Relationships in the United States.” *Journal of Interprofessional Care* 36(4):545–51.
- Winters, Niall, Laurenz Langer, Promise Nduku, James Robson, James O’Donovan, Pallab Maulik, Chris Paton, Anne Geniets, David Peiris, and Shobhana Nagraj. 2019. “Using Mobile Technologies to

Support the Training of Community Health Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: Mapping the Evidence.” *BMJ Global Health* 4(4):1–10.

Witmer, A., S. D. Seifer, L. Finocchio, J. Leslie, and E. H. O’Neil. 1995. “Community Health Workers: Integral Members of the Health Care Work Force.” *American Journal of Public Health* 85(8):1055–58.

World Health Organization. 2020. *What Do We Know About Community Health Workers? A Systematic Review of Existing Reviews*. Vol. 17.

CHAPITRE 3

Recueil sur les signaux structurels

1. La numérisation favorise involontairement l'exclusion.

Quel est le problème ?

Les organisations et les services (publics) lancent de plus en plus souvent des applications en ligne. Pour les contacter, prendre un rendez-vous, poser une question, ... les gens doivent utiliser ces applications et parfois les télécharger. Les personnes communiquent également de plus en plus par courrier électronique.

En outre, il faut parfois franchir plusieurs étapes ou cliquer avant d'arriver au bon endroit ou atteindre la bonne personne.

De nombreuses personnes en situation de vulnérabilité socio-économique n'ont pas les compétences numériques et/ou les capacités suffisantes pour utiliser des applications en ligne. Elles ne disposent pas toujours d'un smartphone, d'une tablette ou d'un PC et/ou n'ont pas la capacité financière de les acheter. À cela s'ajoute le coût de l'abonnement aux services de données. De nombreuses personnes ne disposent pas de l'application itisme. Or, cette application est souvent nécessaire pour recevoir et signer des documents. Smartphones, tablettes,... sont des objets que certaines personnes du groupe cible vulnérable n'utiliseront jamais. Un simple SMS pour confirmer un rendez-vous est déjà quelque chose qui n'est pas toujours compris, ce qui a pour conséquence qu'il n'y a pas de suivi ou, au mieux, qu'il faut faire appel à l'aide d'un CHW.

L'analphabétisme, le faible niveau d'alphabétisation ou les déficiences visuelles font également partie de la réalité des personnes avec lesquelles les CHW sont en contact. Ces personnes n'ont souvent pas le matériel ou les logiciels de lecture adéquats, et même si elles en ont, les sites web et les applications ne semblent pas toujours être développés de manière inclusive.

Lorsque l'accès initial pour obtenir des documents se fait par voie électronique, il semble que les organisations supposent que cela implique un "abandon" tacite et automatique de la version papier des documents reçus par la personne. Le risque est que cela perpétue la dépendance du demandeur d'aide à l'égard d'un tiers pour l'accès numérique. Même lorsque les CHW interviennent et apportent une aide supplémentaire, cela reste un problème à long terme pour de nombreuses personnes, car l'objectif est que la personne devienne autonome dans la prise en charge de ses soins, mais elle n'y parviendra pas toujours si la seule voie d'accès est la voie numérique.

En conséquence, les personnes ciblées par les actions des CHW abandonnent parfois prématurément, ce qui a pour conséquence qu'elles ne reçoivent pas les soins nécessaires et/ou qu'elles perdent à nouveau confiance en elles.

Les CHW rencontrent également des personnes qui pensent ne pas avoir droit à ces services de santé. Le niveau d'accessibilité rendu plus difficile par la numérisation y contribue également en partie. De cette manière, nous élargissons involontairement le fossé au lieu de le réduire.

Exemple

Genk

Une femme (41 ans) devient soudainement paralysée et a besoin d'un fauteuil roulant. En raison de la barrière linguistique, Mme ne peut pas appeler elle-même la mutualité pour demander un fauteuil roulant. De plus, elle ne sait pas très bien à quel service s'adresser à cet effet. Comme elle ne peut pas se déplacer de manière autonome, elle pourrait soumettre sa demande par voie électronique, ce qui s'avère être un obstacle insurmontable pour elle. Mme a deux jeunes filles, mais en dehors d'elles, elle n'a pas de réseau social et mène une vie isolée.

Une infirmière avec laquelle le CHW travaille régulièrement a orienté Mme vers le CHW. Le CHW a contacté Mme et a effectué une visite à domicile.

Mme ne parlait que le marocain et a eu l'occasion de raconter son histoire dans sa propre langue. Au cours de la visite à domicile, le CHW a contacté la mutuelle. Quelques semaines plus tôt, une assistante sociale de la mutuelle avait effectué une visite à domicile et, à la suite de cette visite, avait envoyé par courriel à Mme un formulaire de demande de fauteuil roulant. En raison de la barrière linguistique, Mme n'a peut-être pas bien compris l'assistante sociale et un problème de communication s'est posé car elle ne se souvenait pas que quelqu'un s'était déjà rendu sur place pour mettre de l'ordre dans la demande de fauteuil roulant. L'auxiliaire de santé a alors demandé à la mutuelle d'envoyer les documents à Mme par la poste. Après avoir reçu les documents, Mme a appelé le CHW pour qu'ils remplissent ensemble le formulaire de demande et le renvoient à l'assistante sociale pour que tout soit mis en route.

Où se situe le problème ?

Ce signal est répercuté dans les trois régions et dans toutes les équipes.

Que se passe-t-il aujourd'hui pour surmonter ce problème autant que possible ?

Intervention des CHW

Le simple fait que les CHW disposent d'un ordinateur avec lecteur de carte et d'un smartphone simplifie les démarches administratives pour les personnes qu'ils rencontrent et qui sont confrontées à ces problèmes (connexion aux différents sites, obtention de certificats, etc.).

Les CHW expliquent et aident les personnes à installer et à comprendre les différentes applications et sites web liés à la santé (par exemple, la possibilité d'obtenir des vignettes de la compagnie d'assurance maladie et d'autres documents par le biais des applications).

L'ASBL Bezorgd Om Mensen (banque alimentaire et magasin social) à **Tirlemont** reçoit de nombreuses personnes qui ne savent pas comment payer leurs impôts, leurs factures d'électricité, etc. Pour obtenir de l'aide de la part de CAW, CPAS, ils doivent prendre un rendez-vous numérique (site web). Souvent, "c'est trop difficile", alors ils s'adressent à leur CHW de confiance (qui est présent dans la MOB de l'ASBL).

A **Charleroi**, une bénéficiaire ne savait pas comment accéder à ses courriers électroniques. Elle prenait régulièrement contact avec son médecin traitant qui était d'accord de prendre connaissance de son courrier. Cette démarche n'était adéquate pour personne et rendait la bénéficiaire fortement dépendante. Les CHW ont pu mettre en place une aide familiale pour venir l'aider, plusieurs fois par semaine, à consulter son courrier.

Pendant la pandémie de Covid, les CHW à **Bruxelles et dans les autres régions** ont été l'un des principaux points de contact pour l'assistance et l'installation de l'application Covid Safe Ticket.

Collaborations et initiatives d'autres partenaires

À **Bruxelles**, les CHW travaillent avec "Lire et écrire", une organisation à but non lucratif reconnue comme un mouvement pour l'apprentissage tout au long de la vie. Ils collaborent également avec les "Conseillers en santé" pour développer des ateliers destinés aux utilisateurs des espaces publics numériques afin de faciliter la compréhension et l'utilisation de certains outils et sites liés à la santé.

La **ville de Tirlemont** a ouvert trois Digipoints en novembre 2023 dans le cadre de "DiGiTAAL", un projet des sept communes de l'Association Interlocale Sud-Est Hageland avec le soutien du gouvernement flamand. Les habitants peuvent y emprunter un ordinateur ou un smartphone, suivre des formations sur les compétences numériques et bénéficier d'un accompagnement individuel sur l'utilisation d'un smartphone, d'une tablette ou d'un ordinateur.

La ville de Gand organise des digipoints (<https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/welzijn/alle-gentenaars-digitaal-mee/digipunten>) à différents endroits dans les quartiers, avec ou sans l'aide d'un bénévole. Des ordinateurs fixes sont disponibles. Toutefois, lorsqu'on lui demande d'aider à installer Itsme, le bénévole peut transmettre à la personne qui a une question le message qu'il ne peut pas l'aider. De même, au STEK de Saamo Gent, les habitants sont aidés à installer Itsme ou à faire des recherches sur l'internet.

Le quartier d'Anvers utilise également des digipoints dans diverses opérations de quartier (en collaboration avec la ville d'Anvers), telles que Saamo, Elegast, Huis van het Kind. Les habitants peuvent s'y rendre pour poser des questions ou s'entraîner en utilisant l'e-mail, smartschool, les codes QR, Whatsapp, Itsme, les sites web. Saamo va également plus loin et a lancé Digi-leen, lorsqu'une aide plus longue et plus intensive est nécessaire. Il s'agit d'une sorte d'opération de jumelage, dans laquelle un travailleur communautaire associe le résident à un "digi-buddy" (un bénévole) qui, pendant une période plus longue, jusqu'à six mois, peut l'aider à se familiariser avec le paysage numérique. Des sessions de formation et des ateliers sont organisés par le Webpunt (moyennant une participation financière limitée) et par Saamo et Ligo (Salon de l'apprentissage ouvert).

Les Digidokters opèrent dans la **ville de Genk** depuis le mois d'octobre de l'année dernière. Les digidokters organisent des journées d'assise dans les différents quartiers défavorisés. Leur principal objectif est d'accroître les compétences numériques et l'accessibilité. Par exemple, ils offrent de l'aide pour télécharger l'application Itsme, laissent des explications détaillées sur la façon de l'utiliser et fournissent un soutien pratique.

Les CHW ont la possibilité d'orienter les personnes ayant des questions numériques spécifiques vers les Digidokters. Inversement, les Digidokters peuvent renvoyer les personnes ayant des questions sur les soins de santé vers le CHW. Cela crée une collaboration transparente dans laquelle les deux groupes se soutiennent et se complètent.

En Wallonie, plusieurs offres sont disponibles pour réduire la fracture numérique. Par exemple, les différents espaces citoyen de Charleroi et les cybercafés de Liège offrent la possibilité aux personnes d'utiliser un ordinateur, une imprimante etc. mais aussi de les épauler dans l'utilisation des outils. L'association C-Prévu de Charleroi offre quant à elle des sessions d'apprentissage.

Pour toutes ces sessions, vient aussi la question de la mobilité des personnes pour se rendre à ces événements.

2. Réduction des services physiques et utilisation de menus en cas de contact téléphonique

Quel est le problème ?

La prise de rendez-vous est souvent déjà un pont trop loin, ne serait-ce qu'en raison de la fracture numérique et des nombreuses autres barrières auxquelles le groupe cible est confronté, mais le problème ne s'arrête pas là. Les difficultés surviennent souvent parce que le système de contact téléphonique des organisations ne tient pas suffisamment compte des besoins et des réalités du groupe cible vulnérable. Les CHW font parfois des suggestions aux organisations sur la manière d'améliorer l'accessibilité téléphonique pour le groupe cible, par exemple en utilisant WhatsApp ou en appelant le CHW qui peut alors contacter la personne, mais toutes les organisations ne sont pas en mesure ou désireuses de le faire.

De quels problèmes parlons-nous ?

De nombreux organismes (CPAS, mutuelle, hôpital, cabinet médical,...) utilisent un menu à choix lors des contacts téléphoniques.

Celles-ci sont souvent très confuses, il faut parfois faire plusieurs fois un nouveau choix et, de plus, il n'est pas toujours évident pour la personne de savoir exactement quel choix faire pour arriver à la bonne personne.

Parfois, dans le menu déroulant, il vous sera également demandé de saisir le numéro de registre national. Les personnes vulnérables ne savent pas toujours de quel numéro il s'agit ou n'ont pas de numéro national. Certains systèmes demandent ensuite de saisir un code postal, ce qui entraîne la sélection automatique d'une langue qui n'est pas nécessairement celle que la personne parle ou comprend, etc.

Ce problème ne concerne pas seulement la personne qui demande de l'aide, mais aussi les relais communautaires.

Parfois, bien que le numéro général soit la ligne directe, la personne chargée de la répartition se trompe, ce qui signifie qu'il faut tout recommencer. Il arrive aussi que les personnes ayant une demande d'aide arrêtent elles-mêmes l'appel parce que la file d'attente est trop longue, avec le risque qu'elles ne cherchent pas à entrer en contact une deuxième fois. L'attente prend également du temps, ce qui augmente le coût de l'appel pour l'appelant. Il est régulièrement nécessaire de rappeler plusieurs fois une agence.

Même lorsque l'organisation contactée propose de rappeler, ce n'est pas toujours le cas et lorsqu'elle le fait, c'est parfois avec un numéro anonyme, ce qui provoque du stress ou de l'anxiété chez certaines personnes vulnérables qui ne répondent alors pas.

La personne qui demande de l'aide a parfois du mal à formuler d'emblée sa question de manière très claire, en raison de toutes sortes de circonstances telles que la langue, la timidité, etc. Il arrive parfois que la personne à l'autre bout du fil manque de patience, ce qui fait que la conversation n'atteint pas son but final, que la personne ne se sent pas comprise, qu'elle perd (à nouveau) confiance en elle et qu'elle abandonne la conversation.

Cette situation n'est pas non plus très motivante pour les CHW, car ils doivent eux aussi retravailler avec la personne pour rétablir la confiance.

Exemples

Ostende

A Ostende, il s'agit d'un problème fréquemment identifié dans différents domaines, avec différents partenaires, avec des conséquences majeures pour le groupe cible vulnérable. C'est précisément parce que ce groupe cible n'a souvent pas de réseau que la personne qui demande de l'aide s'adresse au CHW qui, grâce à son travail de proximité, a pu établir une relation de confiance avec le groupe cible. Les CHW aident le groupe cible vulnérable qui, en raison de toutes sortes de barrières (langue, manque de compétences psychologiques, problèmes financiers, méfiance, etc.), est temporairement, voire définitivement, incapable de faire face à un contact téléphonique.

Un CHW a déjà été abordé par un bénéficiaire pour lequel il avait pris un rendez-vous médical et dont il n'a pu accéder au moment venu. Le CHW appelle le secrétariat qui explique que c'est la personne elle-même qui a annulé le rendez-vous. L'homme en question est incapable de téléphoner lui-même, de se faire comprendre et le fait également savoir au CHW. Téléphoner, se faire comprendre, est un problème pour de nombreuses personnes vulnérables et immigrées.

Le CHW explique cela au membre du personnel et il s'avère que le rendez-vous à l'hôpital a été reporté, non pas par le patient, mais que le patient a été prévenu par téléphone, ce que l'homme nie à nouveau. Ce problème se pose très souvent. En raison du manque de réseau, il est parfois demandé d'informer le CHW des changements, mais les organisations partenaires sont réticentes à le faire.

Gand

En ce qui concerne la suppression progressive des services physiques, il s'agit plus particulièrement de la suppression des "moments ouverts sans rendez-vous", où l'on devait attendre dans une salle d'attente jusqu'à ce que ce soit son tour, après avoir tiré un numéro. Cette pratique est aujourd'hui quasi inexistante. De nombreux services ne sont accessibles qu'après avoir pris rendez-vous en ligne, ce qui constitue un changement notable par rapport à Corona. Où cela se passe-t-il encore : dans le centre administratif de Gand, où sont concentrés de nombreux services, les bureaux de poste, certaines compagnies d'assurance maladie, ...

Où se situe le problème ?

Ce problème se pose dans toutes les régions.

Que se passe-t-il aujourd'hui pour surmonter ce problème autant que possible ?

Par le CHW

Les personnes peuvent contacter le CHW pour toutes leurs questions relatives aux soins. Le CHW agit comme un soutien essentiel dans de telles situations et contacte les agences elles-mêmes. Les CHW appellent avec leur téléphone professionnel, ils connaissent le système de composition du menu, mais perdent souvent 20 à 30 minutes (files d'attente) rapidement en conséquence.

Le CHW joue un rôle crucial en les guidant pour passer des appels et en leur apprenant à utiliser les menus. Malgré les explications, le menu des options reste trop compliqué pour beaucoup, notamment en raison des barrières linguistiques.

Collaborations et initiatives d'autres partenaires

A **Anvers**, un café et des formulaires a été mis en place, une collaboration entre Saamo et CAW, où une aide est offerte pendant une heure fixe pour comprendre et traiter les formulaires, les lettres, les factures... et une aide est également proposée pour contacter un service par téléphone. Cependant, la barrière de la langue s'avère souvent trop importante, c'est pourquoi ces organisations demandent également l'aide de notre CHW.

À **Ostende**, il existe de nombreuses initiatives bien intentionnées visant à jeter des ponts, à créer des réseaux, à rapprocher les organisations autour du groupe cible vulnérable, mais la chose la plus importante est oubliée dans le processus : qui prend effectivement ce groupe cible par la main ? Qui veille à ce que les accords soient effectivement respectés ? Il n'y a qu'une poignée d'organisations qui prennent effectivement le groupe cible par la main, pensons à CHW, aux travailleurs de rue, à The Pulley.

3. Insuffisance de l'offre de soins spécialisés à un prix abordable

Quel est le problème ?

La pénurie de soins spécialisés, dont principalement de psychologues et de dentistes, est signalée par tous les CHW. Cette pénurie signifie que les personnes vivant dans des conditions précaires doivent de plus en plus souvent "quitter" leur quartier ou leur environnement urbain familial, ce qui est très difficile, voire impossible, pour elles.

Une mauvaise santé bucco-dentaire est un problème courant, qui nécessite souvent une consultation chez le dentiste. Très souvent, cela concerne également les familles avec enfants. À Ostende, par exemple, le dentiste oriente régulièrement les patients vers des dentistes spécialisés pour enfants. Ces dentistes spécialisés opèrent à Bruges, Knokke, Dendermonde, et non à Ostende même. Il est très difficile pour notre groupe cible vulnérable, qui n'a souvent pas de réseau social, d'aller dans ces autres villes, tant sur le plan de la mobilité que sur le plan financier.

La pénurie de psychologue concerne l'ensemble de notre public cible. Les bénéficiaires font souvent face à un long délai pour avoir un rendez-vous ou sont mis en liste d'attente or ces personnes sont parfois en détresse et s'ajoutent donc le poids de l'attente et l'aggravation des problèmes. Une difficulté supplémentaire s'ajoute pour les personnes issues de l'immigration pour accéder à des services de santé mentale accessibles et abordables. Même lorsque des psychologues de première ligne sont disponibles, la barrière de la langue reste un obstacle. Par exemple, la barrière linguistique est problématique à Genk. Il y a peu de psychologues convoqués qui parlent la langue maternelle des personnes vulnérables. Deux psychologues turcs sont non conventionnés, ce qui signifie que leurs services sont inabordable pour notre groupe cible. Ils sont donc confrontés à un choix difficile entre la prise en charge de leur bien-être mental et la satisfaction de leurs besoins fondamentaux.

Cette pénurie ne se manifeste pas seulement au niveau du nombre de prestataires de soins de santé disponibles. Ainsi, les obstacles suivants sont également fréquemment identifiés :

- Le prestataire de soins ne parle pas la "langue" du patient, ce qui l'empêche d'offrir des soins de qualité adaptés au patient.
- Le prestataire de soins n'est pas conventionné ou demande des suppléments qui font que la personne qui a besoin de soins n'est pas en mesure de payer les soins et abandonne.
- Les longs délais d'attente. Spécifiquement pour les soins dentaires, un long délai d'attente qui dépasse parfois un an a un impact financier important (augmentation de l'apport personnel), ce qui fait courir à ces personnes le risque de tomber encore plus rapidement dans une spirale infernale.
- Les patients arrêtent leur recherche.
- Accessibilité géographique insuffisante.
- Problème de mobilité si l'aidant se trouve en dehors du lieu de vie de la personne. Les transports publics ne sont pas toujours accessibles partout.
- Refus des patients qui annulent régulièrement leur rendez-vous ou ne se présentent pas.

Par conséquent, l'orientation des personnes vers le prestataire de soins approprié est parfois difficile, voire complètement bloquée.

Les gens abandonnent et le CHW se décourage parce qu'il ne peut plus aider la personne pour des raisons sur lesquelles il n'a pas d'influence.

Exemple

Gand

Une femme extrêmement vulnérable parlant le tigrinya tente de se suicider à plusieurs reprises, notamment en essayant de se poignarder avec un couteau, en se mettant la tête dans le four, etc. Au vu du couteau, son mari appelle la police, espérant qu'elle puisse l'aider. La police emmène la dame à l'Upsie (soins psychiatriques d'urgence), mais là, la dame est immédiatement renvoyée avec le combo parce qu'il n'y a pas de langue commune. Le CHW s'est occupé de la famille, a fait en sorte que les enfants restent dans une autre famille jusqu'à ce que la situation soit plus sûre et plus calme. Le CHW a également pris des dispositions pour qu'un bénévole de la communauté reste avec la famille pendant quelques jours afin d'apporter une aide pratique au mari et à la femme.

Charleroi

Un bénéficiaire en grande souffrance ne pouvait accéder rapidement à un rendez-vous psychiatrique afin de poursuivre son traitement. Cette personne a dû se rendre aux urgences pour bénéficier d'un suivi médicamenteux. La difficulté d'accès aux soins spécialisés a donc des conséquences qui vont au-delà des besoins du bénéficiaire mais se répercutent sur les autres services de santé.

Où se situe le problème ?

Les **trois régions souffrent** d'une pénurie de soins spécialisés dont psychologues et de dentistes spécialisés.

Des problèmes spécifiques sont toutefois identifiés pour certaines équipes.

- **Ostende**, par exemple, connaît également une pénurie de pédopsychiatres. Là aussi, il faut s'adresser à d'autres villes dotées de centres spécialisés, comme Bruges... Un autre problème qui se pose souvent ici aussi est celui des longues listes d'attente.
- Pour **Genk**, le problème de la pénurie de dentistes est considéré comme une question prioritaire.
- À **Tirlemont**, il n'y a que deux dentistes conventionnels auxquels on peut s'adresser.
- À **Gand**, il existe même déjà une halte pour les patients au niveau de la fonction de psychologue de première ligne.
- Des situations similaires se produisent à **Anvers**. Les barrières linguistiques constituent un problème majeur dans la communauté arabe et afghane pour trouver un psychologue, alors que les besoins sont importants. Trop peu de psychologues maîtrisent la langue arabe ou parlent le dhari/pashtu.
- **Bruxelles** signale que dans certains services de l'hôpital Saint-Pierre (par exemple la neurologie), lors de la demande en octobre, il n'était déjà plus possible d'obtenir un rendez-vous en 2023 mais qu'il s'est avéré impossible d'obtenir un rendez-vous en 2024 parce que les "agendas" n'étaient pas prêts ? L'accès aux soins de santé est ainsi rendu très difficile.

Un autre problème est que pour certaines spécialités et certains traitements, une nouvelle taxe de 200 euros a été introduite pour les personnes qui ne se présentent pas à un rendez-vous. Compte tenu du groupe cible et des obstacles connus, il est plus probable qu'ils ne se présentent pas au rendez-vous mais, en même temps, il leur est souvent impossible de payer ce montant.

- Toujours à **Bruxelles**, il semble que certains médecins généralistes conseillent aux personnes âgées de prendre rendez-vous avec des spécialistes pour d'éventuels problèmes de santé futurs, ce qui signifie que les agendas sont pleins et que l'accès est bloqué pour les personnes qui ont besoin d'une aide urgente. Une solution pratique consisterait à réserver des créneaux horaires pour les rendez-vous non urgents, la plupart des rendez-vous pouvant alors être programmés pour des soins de suivi.
- A **Charleroi**, obtenir un rendez-vous psychiatrique est très complexe, tellement la demande est importante. Cela se ressent également dans les unités psychiatriques des hôpitaux. Des personnes se rendant aux urgences psychiatriques ont rapportés avoir eu le sentiment d'être renvoyées chez elle par manque de place.
- Encore à **Charleroi** un bénéficiaire suivi par les CHW a, en débutant sa recherche en décembre 23, obtenu un rendez-vous chez un rhumatologue en mars 24 (plusieurs hôpitaux sollicités). Cette personne expliquait avoir très mal.

Que se passe-t-il aujourd'hui pour surmonter ce problème autant que possible ?

Le coach CHW d'**Ostende** participe au groupe de travail "consultation bucco-dentaire", qui recherche également des initiatives pour faire face à la pénurie de dentistes. Ce groupe de travail comprend de nombreux acteurs locaux, la ville d'Ostende, la Maison de l'enfant, des représentants des mutuelles de santé, des organisations sociales locales,

L'année dernière, en juillet 2022, vous avez pu lire dans les médias que, pour faire face à la pénurie de médecins, **Veurne** a lancé plusieurs actions. AZ West Veurne a offert 15 000 € à la personne qui pouvait faire venir un pédiatre. Ce poste vacant a finalement été pourvu en août 2023. Ce projet, qui vise à rendre plus attrayant le fait que des (dentistes)/médecins travaillent dans la région, est considéré comme prometteur par le CHW.

Une autre initiative à **Veurne** émanant du cercle GP est le projet "Kust zkt zomerdokter" : "En échange, vous séjournerez gratuitement dans une maison de vacances au bord de la mer".

En Wallonie et à Bruxelles, il existe Helium Prime, une application en ligne qui permet les patients de prendre les rendez-vous de manière simple et intuitive et, les prescripteurs de générer pour ses patients des codes prioritaires pour des examens semi-urgents.

Ceci facilite la prise de rendez-vous en imagerie dans certains cas, mais renforce cependant la fracture numérique.

Le **recours à des hygiénistes dentaires** reconnus comme une nouvelle profession pourrait également être l'une des pièces du puzzle sur la voie d'une solution.

Lorsqu'aucune piste structurelle n'est encore envisagée, les CHW essaient tant bien que mal de palier au problème : ils planifient avec le bénéficiaire plusieurs rendez-vous à l'avance chez les professionnels de santé afin de ne pas avoir un trop long délais entre chaque. Ils prennent aussi le temps de contacter autant de professionnels que possibles pour répondre aux besoins des bénéficiaires. Cela monte parfois à des dizaines d'appels.

4. Nombre insuffisant de médecins généralistes

Quel est le problème ?

Le médecin généraliste est le premier interlocuteur pour les problèmes de santé au sens large. Son travail consiste à garder une vue d'ensemble de la santé de ses patients ; il est le coordinateur de tous les soins dont ils ont besoin. Ce n'est pas un secret de polichinelle que de nombreuses communes sont confrontées à une pénurie de médecins généralistes. Tous CHW sont également confrontés à ce problème dans la pratique. Il est difficile pour les nouveaux résidents de trouver un médecin généraliste permanent. En conséquence, les patients doivent se déplacer plus loin, attendre plus longtemps pour obtenir un rendez-vous ou finir par se rendre aux urgences parce que leur état de santé s'est détérioré.

Cela conduit parfois à renoncer à un traitement, ce qui a des conséquences désastreuses.

Les autres problèmes identifiés sont la cessation d'activité des patients ou encore le vieillissement de la population des médecins généralistes.

A Charleroi, par exemple le manque de médecins généralistes est criant et ceux en place sont proche de la retraite. Pour l'instant, il n'y a pas assez de médecins généralistes pour combler le manque à venir. Sur Jumet, la plupart d'entre eux n'ont plus la possibilité de faire des visites à domicile par faute de temps. A Montignies sur Sambre, malgré la présence de deux maisons médicales, certains bénéficiaires ne trouvent pas de solution et sont redirigés par les CHW vers des médecins généralistes hors de leur zone. A Dampremy, les nouveaux patients sont mis sur liste d'attente.

Un dernier exemple pour illustrer le problème vient de la région Verviétoise où une maison médicale est en difficulté face au nombre insuffisant de médecins traitants. De ce fait, ils se voient obligé de refuser tout nouveau patient et vont peut-être devoir fermer leurs portes.

En Wallonie, à Gand et à Bruxelles des problèmes se posent parfois dans les **maisons médicales**.

Le premier problème est que, dans certaines villes, les maisons médicales sont également surchargées et introduisent un arrêt des patients et des listes d'attente. Chaque maison médicale gère ce problème à sa manière, l'approche diffère d'un centre à l'autre, ce qui est très déroutant à la fois pour les patients et pour les travailleurs sociaux qui aident les patients à trouver un nouveau centre. Par exemple, dans une MM, il y a un arrêt pendant 6 mois et vous vous retrouvez sur une liste d'attente. S'il y a de nouveau de la place, le patient est appelé et invité à s'inscrire. Dans d'autres centres, le patient doit lui-même demander de manière proactive s'il peut s'inscrire.

En outre, des problèmes sont également identifiés en cas de déménagement. Lorsqu'une personne déménage, elle doit également changer de maison médicale de quartier, car ceux-ci sont organisés par quartier. En attendant de trouver un nouveau centre de soins, il s'écoule parfois plusieurs mois - jusqu'à 6 mois -, ce qui laisse la personne ayant besoin de soins dans ces centres dans le froid. Cela compromet la continuité des soins. En théorie, cela ne devrait pas être possible, car le centre de soins de proximité qui accueille le patient doit assurer la continuité des soins. Dans la pratique, ce n'est pas toujours le cas. La réception est alors informée que le patient ne peut plus se rendre à la MM d'origine car le dossier a été arrêté administrativement. Il s'ensuit alors de nombreuses tracasseries pour réactiver le dossier dans la MM d'origine tant que le patient ne peut pas se rendre dans l'autre CMM.

Bruxelles s'inquiète également du fait que le libre choix du médecin n'est pas toujours garanti dans la MM. Il n'est pas évident d'établir une relation de confiance avec les personnes du groupe cible. S'ils ne peuvent pas toujours s'adresser à une seule et même personne qui connaît bien leur situation, cela peut compromettre l'observance du traitement par les patients.

Exemple

Gand

Le patient K est un garçon mineur sans domicile légal. Lui et sa mère ne sont à Gand que depuis quelques mois. Ils possèdent une carte médicale. K est diabétique et est suivi par l'UZ. Son suivi quotidien doit être assuré par un médecin. Cependant, son diabète s'est aggravé et il doit boire jusqu'à 7 litres d'eau par jour, ce qui met sa vie en danger. Dans la région où il réside, le CHW veut les inscrire, lui et sa mère, au WGC. Mais le WGC refuse en raison de l'arrêt des patients, mais aussi parce que le coordinateur du WGC estime que la charge des patients sans résidence légale mais possédant une carte médicale devrait être répartie entre tous les médecins disponibles dans cette région. Malgré les demandes répétées du CHW et du coach, qui soulignent l'urgence et le danger de mort du patient mineur, le coordinateur du WGC refuse d'admettre le patient. Finalement, il est possible d'obtenir que l'un des médecins accepte de voir le patient une fois (1 !). Mais il n'est pas possible d'assurer un suivi ultérieur. Le Relais a reçu une liste de médecins convoqués dans la région, où le patient et sa mère pourraient éventuellement être vus.

Charleroi

Un centre médical n'a plus de possibilité de prendre de nouveaux patients. Le CHW a donc du trouvé un médecin généraliste dans une commune voisine. Malheureusement le bénéficiaire ne possède pas de véhicule personnel et dépend de son frère pour se rendre à la consultation et des difficultés organisationnelles s'ajoutent donc à la situation.

Où se situe le problème ?

Le problème de la pénurie de médecins généralistes est soulevé par toutes les équipes et dans toutes les régions, et il semble même s'aggraver.

Que se passe-t-il aujourd'hui pour surmonter ce problème autant que possible ?

Par le CHW

En octobre 2023, CHW a organisé une table ronde à **Genk** avec HAK Prometheus, le cercle des médecins généralistes de '*Kemp en Duin*', pour discuter de la situation et trouver des solutions possibles. Le programme CHW a été présenté et son importance reconnue par les médecins généralistes.

Toutefois, les médecins généralistes s'inquiètent de la complexité des cas des personnes orientées par les CHW, ce qui indique la nécessité d'une meilleure coopération avec les partenaires de l'aide sociale. D'autre part, l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée des médecins généralistes suscite des inquiétudes. Une enquête a été menée auprès de tous les médecins généralistes de HAK Prometheus afin d'évaluer leur intérêt pour le programme CHW. Si 70 % des médecins généralistes souhaitaient participer, HAK Prometheus serait prêt à coopérer activement avec le programme CHW pendant un an. Dans ce scénario, chaque médecin généraliste accueillerait une personne. Les médecins généralistes s'attendent à être aidés par les GCG et les réseaux de santé mentale dès le début lorsqu'il s'agit d'une personne souffrant de problèmes de santé mentale et à ce que les ASC les accompagnent lors des consultations.

Le 5/12, 2 des 26 médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire ont confirmé leur intention d'adhérer. Fin février, le HAK Prometheus se réunira à nouveau et examinera le nombre de médecins qui acceptent de coopérer et d'évaluer l'approche.

L'équipe de **Charleroi** essaie, via le réseau qu'ils ont créé dans leur quartier, de savoir quand un nouveau médecin généraliste arrive sur la région. Aussi, des généralistes reviennent vers eux lorsqu'ils ont à nouveau la possibilité d'accueillir de nouveaux patients.

Collaborations et initiatives avec d'autres partenaires

À **Gand**, l'association des médecins généralistes expérimente dans certains quartiers en attribuant des rues à des cabinets de médecins généralistes (*Zwijnaarde, Oostakker, Sint Amandsberg*) ; elle tente également de motiver les médecins généralistes stagiaires à s'installer dans un quartier particulier, mais il s'agit généralement de quartiers comptant un grand nombre de résidents vulnérables (beaucoup de personnes qui ne se présentent pas, de mauvais payeurs).

Le coach du CHW met également ce sujet à l'ordre du jour du groupe de travail de la ville de Gand sur l'accessibilité des soins de santé.

A **Anvers**, on utilise un plan des rues. Lorsqu'un patient se présente au poste d'attente ou dans un cabinet de médecin généraliste d'une région qui n'a pas encore de médecin généraliste, le secrétariat ou ce cabinet recherche sur la liste le lieu de résidence du patient et le médecin à qui cette rue a été attribuée. Le patient reçoit alors le numéro de téléphone ou une note de ce médecin, lui indiquant qu'il habite dans une de ses rues et s'il peut faire avancer le patient le plus rapidement possible. Bien entendu, il peut toujours y avoir de bonnes raisons (tant pour le patient que pour le médecin) de choisir éventuellement un autre médecin généraliste, mais un arrêt du patient pour ces rues n'est pas une bonne raison. Le fait que tous les médecins soient responsables d'un certain nombre de rues proches de leur cabinet permet d'éviter que certains patients ne trouvent pas de médecin généraliste ou soient obligés de se déplacer très loin. Le CHW dispose également de cette liste et l'utilise pour trouver un médecin généraliste.

5. Questions relatives à l'accessibilité des organisations

Quel est le problème ?

Certaines organisations connaissent des **problèmes d'organisation** qui font que la sensibilisation et l'accessibilité ne sont pas optimales.

- Un premier problème réside dans le fait que certaines organisations, notamment les CPAS et, dans une moindre mesure, les mutualités, sont confrontées à des **abandons de personnel et à des changements**. Cela complique le suivi du groupe cible. La confiance est déjà précaire et le fait de devoir raconter son histoire encore et encore ne contribue pas à la renforcer. En outre, il faut souvent chercher à nouveau qui reprend exactement le dossier. Cela retarde parfois la continuité du service, voire provoque l'abandon des personnes.
- En outre, les **possibilités d'accès à certaines organisations ne sont pas adaptées au groupe cible**. Les causes en sont les heures d'ouverture limitées, le travail uniquement sur rendez-vous, ce qui entraîne une file d'attente sur place ou au téléphone et donc un découragement des bénéficiaires, les listes d'attente, etc.)

La flexibilité et la capacité à répondre aux demandes urgentes sont donc insuffisantes. Cela accroît également la pression sur les CHW, qui jouissent d'une grande flexibilité et d'une grande accessibilité. Ils sont également parfois contactés par des personnes qui les accompagnent dans le cadre de leurs besoins de soins, pour des questions qui ne font pas partie des activités principales d'un CHW. Par exemple, un CHW a été contacté par une personne vulnérable qui s'était retrouvée bloquée en prenant des cours de langue (en ligne). Ce jour-là, l'agence pour l'intégration et l'insertion n'était ouverte que sur rendez-vous. Elle n'était donc pas disponible pour apporter de l'aide et il n'y avait pas de service d'assistance téléphonique pouvant être contacté pendant les cours.

Parfois les CHW doivent prévoir de grande plage horaire lorsqu'ils accompagnent les bénéficiaires afin d'être sûr d'être reçu. Dans ces situations ils doivent également arriver à gérer la frustration éventuelle du bénéficiaire.

Un autre problème concerne la **communication entre les personnes qui demandent de l'aide et le personnel de première ligne et les soignants**, qui ne se passe pas toujours bien.

Les professionnels des soins et de l'aide sociale ne disposent pas toujours des outils, du soutien et des compétences nécessaires pour comprendre correctement les personnes du groupe cible qui demandent de l'aide. Les problèmes concrets suivants ont été identifiés :

- Tous les hôpitaux ne disposent pas d'un interprète et toutes les langues ne sont pas toujours disponibles. Les interprètes externes coûtent cher et posent également des problèmes de confidentialité.
- Il n'y a pas d'interprètes ou de médiateurs culturels pour les mutualités, les rendez-vous sont obligatoires et l'utilisateur doit trouver un moyen d'obtenir la traduction. (Questions de coût et de confidentialité).

Ces problèmes amènent les bénéficiaires à ne pas toujours bien comprendre leur diagnostic ou leur traitement et amènent parfois également des personnes qui accompagnent le bénéficiaire, dont les CHW, à devoir annoncer des diagnostics graves par manque d'interprète.

Exemples

Liège

Le CHW a dû expliquer à une famille et son enfant que son traitement médical pour son cancer ne faisait pas effet comme souhaiter et qu'il fallait alourdir le traitement.

Eupen

Les bénéficiaires parlent Allemand et donc ne savent parfois pas prendre de rendez-vous et leur mutuelle n'acceptent pas toujours qu'ils aillent en Allemagne.

- La pénurie de logements sociaux est criante, avec des délais d'attente de 10 à 20 ans pour les nouveaux demandeurs, et encore plus longs pour les familles nombreuses qui ont besoin de 3 chambres ou plus. Pour les personnes ayant un handicap reconnu, l'offre de logements sociaux adaptés à leur situation est très limitée. Même lorsqu'un transfert est nécessaire en raison d'un handicap, ces transferts sont encore parfois finalement refusés sous prétexte de manque de place, malgré l'acceptation officielle, avec des conséquences négatives sur leurs conditions de vie et leur santé.
- Dans certains CPAS, les personnes à mobilité réduite doivent parfois attendre (trop) longtemps avant d'être enregistrées. Par exemple, dans certains CPAS, les délais d'attente pour une visite à domicile sont d'au moins trois mois, ce qui constitue certainement un problème majeur pour des services essentiels tels que l'assistance matérielle pour l'obtention d'une carte de santé. L'Office des personnes handicapées n'a pas de bureau où l'on peut se rendre, ce qui rend l'accessibilité très limitée pour les personnes de notre groupe cible.

Où se situe le problème ?

Le problème de l'accessibilité est généralement identifié dans chaque région, mais chaque équipe soulève des sous-problèmes spécifiques. Cela concerne à la fois la nature du problème et l'organisation spécifique avec laquelle le problème se pose. Nous illustrons cela à l'aide de quelques problèmes signalés localement.

À **Tirlemont**, les questions qui parviennent au CHW et qui sont destinées au CAW et/ou au CPAS peuvent être transférées sans problème. Mais une fois transférées, elles ne sont souvent pas résolues assez rapidement ou ne font pas l'objet d'un suivi suffisant. Inversement, les TCA et le CPAS n'orientent pas assez rapidement les personnes vers les centres d'accueil. La plateforme GBO (coopération DMW, CPAS, TCA) pourrait offrir une solution pour les cas complexes qui aboutissent au CHW, mais elle renvoie très rapidement les personnes vers le numéro info du CPAS, ce qui n'est pas une solution.

À **Genk**, cependant, les renvois du CHW vers le PCSW ne sont pas effectués rapidement. Le CPAS est difficile à joindre et les personnes qui ont demandé de l'aide subissent souvent des retards dans le suivi de leur dossier (les changements de personnel jouent souvent un rôle à cet égard). Les personnes indiquent qu'il est parfois difficile de rester informé de l'état d'avancement de leur dossier. Ils se plaignent également d'un manque de transparence.

La coopération entre CHW et CPAS est parfois difficile.

La pression temporelle et la charge de travail considérables auxquelles sont confrontés les travailleurs sociaux des CPAS ont également une incidence sur les visites à domicile. L'intensité de leurs tâches ne laisse souvent pas de place aux visites à domicile. Dans ce contexte, ils font parfois appel à l'auxiliaire de santé pour des questions de soins de première ligne. L'assistant social est alors chargé de trouver un médecin généraliste ou un dentiste, par exemple.

Pour le CAW de Genk, le problème réside principalement dans le temps d'attente, qui est actuellement d'un mois. Les habitants n'ont pas un accès immédiat à un soutien et à des conseils appropriés. Les CHW jouent un rôle essentiel en soutenant les résidents locaux pendant qu'ils attendent que les services des CAW soient disponibles en leur offrant une oreille attentive et en continuant à les motiver à se rendre au rendez-vous dès que possible.

À **Anvers**, il existe de nombreuses organisations qui s'adressent aux groupes cibles vulnérables et qui travaillent très dur pour y parvenir. Toutefois, leur travail se limite à la prise de rendez-vous et aux entretiens de suivi ; l'accompagnement des personnes à ces rendez-vous et institutions ne fait pas (ou plus) partie de leurs attributions. Les visites à domicile sont effectuées auprès des personnes qui ne peuvent plus sortir de chez elles en raison de limitations physiques, mais elles sont également limitées à ce groupe. C'est le cas des deux DMW des mutualités, d'un TCA et d'un CPAS. Pour le groupe cible le plus vulnérable, il s'agit d'un problème majeur car il est incapable de se déplacer de manière autonome en raison de diverses barrières, et ne le deviendra peut-être jamais (par exemple, la langue, l'analphabétisme, les troubles mentaux).

A **Gand**, cela dépend des régions. Dans une région (Gand Nord), le bureau d'aide sociale du CPAS n'adopte pas une attitude très constructive et refuse même parfois l'accès à un CHW accompagnant une personne vulnérable. Il arrive qu'il n'y ait pas de réponse aux e-mails, ni aux téléphones, que des rendez-vous soient annulés sans communication, etc. Une enquête rapide auprès des partenaires (psychologues, travailleurs sociaux d'un CMT, organisations bénévoles, etc.) qui travaillent avec des personnes vulnérables similaires révèle le même son de cloche à propos de cette agence sociale particulière.

A **Charleroi**, certaines organisations ne sont ouvertes que certaines matinées par semaine. Ce nombre insuffisant de permanence entraîne une affluence importante lors des heures d'ouvertures. Cela décourage et frustre parfois les bénéficiaires et amène également de l'inconfort pour le personnel. Dans ces situations, une des seules solutions possibles est d'arriver tôt pour maximiser les chances d'être reçus.

Que se passe-t-il aujourd'hui pour surmonter ce problème autant que possible ?

Par le CHW

À **Bruxelles**, le CHW ne se laisse pas abattre et continue d'envoyer des courriels et d'appeler pour obtenir un rendez-vous plus tôt, avec un succès variable.

Le CPAS de **Tirlemont** a invité les travailleurs sociaux à présenter le programme des travailleurs sociaux à l'ensemble du personnel du CPAS (30-45 minutes). Il a également été promis que le Relais aurait une journée de permanence à la Maison sociale. On espère que cette présence physique encouragera des références plus efficaces. Le CHW de Tirlemont participera également à l'examen trimestriel des cas par le GBO à partir de 2024.

À **Genk**, deux discussions ont eu lieu depuis avec le CPAS. Lors de la première réunion, il est apparu clairement que les tâches spécifiques de l'auxiliaire de santé étaient mal comprises. Le moment du contact a été mis à profit pour expliquer ce que notre rôle implique et les défis mentionnés précédemment. Des accords ont été conclus pour trouver des moyens de travailler ensemble plus efficacement. L'orientation de l'amélioration discutée comprend le contact direct pour poser des questions, évitant potentiellement le besoin d'un rendez-vous. En outre, l'intention est d'être reconnu comme un partenaire professionnel et d'établir des heures de rendez-vous claires afin d'optimiser la coopération. Malheureusement, il n'y a pas eu de suivi après le deuxième appel.

À **Gand**, l'accompagnateur tient un registre de tous les incidents signalés par le Relais. L'objectif est d'encourager les partenaires à faire de même et à s'adresser ensuite au responsable du bureau d'aide sociale.

En **Wallonie**, un travail est réalisé pour créer des liens entre les CHW et les organisations afin de faciliter la communication et permettre parfois un échange plus aisé via courrier électronique ou rendez-vous.

6. La mobilité constitue un défi majeur

Quel est le problème ?

- Les arrêts de bus sont supprimés dans de nombreux endroits, ce qui rend difficile pour les personnes moins mobiles de se rendre à leurs rendez-vous avec un soignant ou un service d'aide sociale. Elles doivent donc parfois recourir à d'autres moyens de transport, plus onéreux et qu'elles ne peuvent pas toujours s'offrir.
- Lors de travaux, d'événements imprévus (grève etc.), certains arrêts sont déplacés ou ne sont pas desservis. Faute d'une communication adaptée ou d'alternatives possible en dernière minute, les personnes vulnérables n'en sont souvent pas informées, ce qui entraîne des retards pour se rendre à leur rendez-vous, voire un refus de consultation de la part de certains médecins. Cela engendre du stress et des frais supplémentaires qui ne sont pas remboursés.
- Certains services de bus ne sont pas très réguliers (parfois 1 bus par heure). Pour les personnes ayant des problèmes médicaux graves, il n'est pas toujours possible d'attendre le bus. Il existe également un problème d'accessibilité physique : certains établissements de soins ou administrations ne sont pas bien desservis par les transports publics directs.
- L'espace urbain n'est pas suffisamment adapté aux personnes à mobilité réduite, et les feux de circulation ne sont pas non plus adaptés aux besoins de ce groupe.
- En outre, il existe souvent un obstacle financier à l'utilisation des transports publics. Ils n'ont souvent pas le budget nécessaire pour s'offrir ne serait-ce qu'un ticket de tram.
- Un groupe important de personnes qui s'adressent aux CHW ont besoin d'un transport adapté et, pour eux, les transports publics ne sont pas une option. Il existe déjà un certain nombre de services tels que les mutas des mutualités, mais même cette offre est parfois trop onéreuse pour les personnes qui s'adressent aux CHW.
- Les services de taxis sociaux sont également insuffisants. Le service de taxi-bus de la STIB dispose également de moins de véhicules le week-end, ce qui signifie que les personnes à mobilité réduite (au moins 12 points d'invalidité) qui utilisent des scooters de mobilité ne peuvent pas les utiliser le week-end.
- Il faut pouvoir réserver un certain temps à l'avance pour être sûr d'avoir une disponibilité.
- Le coût d'une société privée peut également être très élevé (par exemple 45 euros l'aller/retour vers une hôpital de la région). Le prix est moindre dans différentes ASBL ou mutualités mais elles ne peuvent souvent confirmer la prise en charge que 48h à l'avance. Ainsi, les bénéficiaires se voient refuser la demande quelques jours avant le rendez-vous et doivent se retourner rapidement ce qui n'est pas toujours possible.

Exemples

Ostende

A Ostende, les arrêts de bus des quartiers Raversijde, Centrum et temporairement AZ Damiaan ont été supprimés. Les travaux routiers sont également un gros problème pour notre groupe cible. Vous leur avez appris à se rendre, par exemple, chez le médecin ou à l'hôpital en utilisant les transports publics, mais si quelque chose change de l'extérieur, ils ne s'en sortent plus. Ils ne peuvent pas avertir eux-mêmes le cabinet médical en raison de barrières (langue, téléphonie, etc.) et le relais communautaire n'est pas joignable à tout moment non plus. Par la suite, ces situations doivent être rectifiées.

Tirlemont

Mère et fils qui ont dû se rendre en voiture de Tirlemont à l'UZ Leuven pour un examen : 40 euros = Trop cher.

Genk

Les arrêts de bus ont également été supprimés à Genk. Nous avons noté que de nombreuses préoccupations ont été soulevées au sujet des changements apportés aux itinéraires de bus, qui signifient que les gens doivent maintenant souvent parcourir de plus longues distances à pied. Les habitants les moins mobiles, en particulier, rencontrent de nombreuses difficultés.

A Sledderlo, 2 arrêts ont été supprimés. Des habitants se sont réunis et ont lancé une pétition dans le but de recueillir 20 000 signatures. Cette pétition vise à rétablir les anciens arrêts.

Trois arrêts de bus ont récemment été supprimés dans le quartier de Waterschei. Le constructeur de quartier et le gestionnaire de quartier recueillent actuellement des témoignages pour soulever cette question. Les personnes âgées, en particulier, doivent maintenant faire plus de pas pour atteindre les arrêts de bus. Ces témoignages serviront à résoudre ce problème.

Gand

Un CHW accompagne une personne en fauteuil roulant à l'hôpital. Ils attendent le bus ensemble. Le bus ralentit à l'arrêt, le chauffeur regarde le Relais et la personne qui l'accompagne, mais poursuit sa route sans s'arrêter. L'accompagnateur dépose une plainte en ligne auprès du service de médiation de De Lijn, en indiquant la date, l'heure et l'arrêt exacts. Au bout d'un certain temps, l'accompagnateur reçoit une notification du service de médiation l'informant que le chauffeur en question a été interpellé.

Bruxelles

- L'accès à l'Hôpital Saint Luc présente des défis, surtout pour les personnes en perte d'autonomie. Le site de l'hôpital est principalement conçu pour les piétons, la bouche de métro est située à une certaine distance de l'entrée, nécessitant ainsi de traverser le campus universitaire. De plus, les bus desservant l'entrée ne sont pas facilement accessibles depuis les principaux axes de transport, parfois obligeant à prendre une correspondance à Roodebeek pour rejoindre, par exemple, le bus 42. Enfin, les personnes à mobilité réduite rencontrent souvent des difficultés pour sortir des métros lorsque les escalators ou les ascenseurs sont hors service.
- À Neder-Over-heembeek, les travaux pour le tram en direction du centre-ville sont en cours depuis plusieurs années. Actuellement, pour se rendre au centre, il est nécessaire de prendre plusieurs bus. De plus, Neder-Over-Heembeek héberge peu d'administrations car la commune fait partie de 1000 Bruxelles. Bien qu'il existe un bureau de liaison, les habitants sont quand même obligés de se déplacer pour certaines demandes administratives. Avec une importante population âgée et de nombreux logements sociaux, il y a une forte demande pour une meilleure accessibilité administrative.

Liège

Lors d'une grève de bus, un CHW devait accompagner un bénéficiaire à un rendez-vous médical au Mont Légia. Le CHW a tenté de trouver en urgence un taxi social ou un transport bénévole mais sans succès. Le bénéficiaire a finalement dû faire plusieurs kilomètres à pied.

Charleroi

Les communes de Courcelles et de Chatelet proposent le service d'un taxi social, financièrement intéressant pour certains bénéficiaires des CHW mais ce service n'est pas proposé à Charleroi. Le taxi social de Courcelles se voit régulièrement surchargés de travail et ne peuvent plus prendre de nouvelles demandes dû au manque d'offre dans la région. Il y a également un manque de bus adapté aux PMR.

Eupen

L'hôpital d'Eupen ne couvre pas tous les services. Il faut souvent se rendre à celui de Liège ou de Verviers. Pour y accéder, si le bénéficiaire n'a pas de voiture, il doit prendre le bus, puis le train et encore un bus. C'est donc très difficile pour eux.

Où se situe le problème ?

Toutes les équipes identifient ce problème.

7. Discrimination à l'encontre du groupe cible par les organismes de santé et de protection sociale

Quel est le problème ?

Il arrive régulièrement que des personnes admises par un CHW aient des difficultés d'accès ou se voient refuser l'admission.

En outre, il semble que certains prestataires de soins de santé avec lesquels la coopération était bonne jusqu'à récemment refusent les nouveaux patients amenés par le CHW.

Conséquence ? Les groupes vulnérables n'osent pas se rendre seuls à la réception/au service et comptent davantage sur les CHW pour les rendez-vous, qui eux-mêmes se heurtent parfois à un mur. Cela va à l'encontre de l'intention des relais communautaires de rendre les gens plus autonomes et de les amener à prendre davantage leurs soins en main.

Les raisons possibles sont les suivantes :

- La réalité est que les personnes orientées vers le CHW proviennent régulièrement de milieux non belges et/ou ont droit à des prestations accrues et sont donc financièrement vulnérables. Ce sont également des personnes qui ne maîtrisent pas toujours bien la langue française.
- De même, la nouvelle réglementation (§5 ajouté à l'article 53 de la loi ZIV) interdisant la facturation de suppléments d'honoraires aux bénéficiaires d'une allocation d'assurance majorée lors de la fourniture de soins ambulatoires.

Le terme "prestataire de soins de santé" désigne tout praticien, kinésithérapeute, infirmier, professionnel de santé, personnel paramédical, établissement de soins, de rééducation et de recyclage, ainsi que tous les autres services et institutions.

Cette disposition sera introduite par étapes à partir de 2025 et n'est donc pas encore en vigueur. Néanmoins, il n'est pas exclu que cette disposition soit une raison majeure de l'attitude de certains prestataires de soins de santé.

Exemples

Tirlemont

- Un cabinet dentaire de Tirlemont avec lequel le CHW travaille depuis un certain temps a récemment indiqué qu'il ne recevait plus de nouveaux patients de la part du CHW. La raison n'a pas été communiquée au relais. Même lorsque les relais appellent le cabinet de groupe, on leur dit immédiatement - avant même qu'ils puissent donner une explication - qu'il n'y a pas de place.
- De même, à la clinique de jour (centre médical) RZ Tienen, plusieurs membres du personnel d'accueil sont inaccessibles, inamicaux, pressés - avec une certaine intonation. Cela dissuade les personnes vulnérables de se rendre à l'hôpital. Les relais communautaires sont eux aussi parfois inhibés par cette attitude.

Genk

La collaboration avec les centres de services est entravée par le sentiment que l'accessibilité semble limitée à un groupe spécifique. Malgré des discussions antérieures sur d'éventuelles collaborations, les relais communautaires rencontrent des obstacles dans l'orientation des personnes, car l'offre n'est pas suffisamment adaptée à la diversité.

Le manque de diversité au sein du personnel renforce le sentiment que les centres de services ne travaillent pas de manière suffisamment sensible à la culture. En outre, les relais communautaires notent que lorsque des personnes d'autres origines sont signalées, elles sont presque regardées vers l'extérieur, ce qui complique encore l'inclusion.

Bruxelles

- SPF Sécurité sociale (DG Invalidité) : Les CHW reçoivent plusieurs rapports de harcèlement de la part de personnes appartenant au groupe cible des CHW après leur rendez-vous avec le conseiller dans le cadre d'une demande de reconnaissance d'un handicap. Des questions personnelles et privées sont posées sur les origines des personnes et sur la manière dont elles sont arrivées en Belgique, par exemple. La personne se sent mal à l'aise, ce qui la déstabilise et l'empêche d'introduire une demande de reconnaissance du handicap. Les signaux que l'accompagnateur reçoit en retour des personnes qui demandent de l'aide sont que peu de questions, voire aucune, sont posées sur les conséquences de la maladie.
- Les CHW indiquent qu'ils ont l'impression que la qualité de la prise en charge des personnes vulnérables n'est pas aussi bonne que celle des personnes qui ne sont pas en situation de vulnérabilité. Certains signes concrets montrent que chez certains prestataires de soins ou organisations, les consultations sont écourtées, le matériel n'est pas ou peu désinfecté et l'accueil n'est pas toujours chaleureux et adapté à la personne.

Charleroi

Quelques familles qui ne parlent pas correctement le français ont des difficultés à se faire comprendre à l'hôpital. Une des difficultés rencontrées est la possibilité de fixer un rendez-vous par téléphone. Il arrive que la communication soit interrompue par l'agent d'accueil de l'hôpital car celui-ci n'arrive pas à obtenir les infos utiles. *Où se situe le problème ?* Toutes les régions identifient ce problème.

Que se passe-t-il aujourd'hui pour surmonter ce problème autant que possible ?

Le coach et le coordinateur régional CHW en discutent avec le cabinet avec lequel le problème se pose. Si la poursuite de la coopération s'avère possible, ils discutent également plus en détail de la manière dont elle peut être optimisée.

8. Absence/insuffisance de reconnaissance de la fonction des CHW par certains prestataires de services de santé et d'aide sociale.

Quel est le problème ?

Dans certaines régions, les CHW sont encore considérés comme des concurrents par certaines organisations, ils ne sont pas pris au sérieux et leurs conseils sont ignorés.

Il s'avère également très difficile d'entrer en contact avec certains prestataires de soins de santé, d'obtenir des informations et de collaborer.

Exemples

Des déclarations telles que "Êtes-vous ici pour le cours de polissage ?" - "Travaillez-vous ?" - "Avez-vous un diplôme ?" sont courantes.

Où se situe le problème ?

A **Gand**, ce problème se pose avec l'UZ et le CPAS.

Tienen rencontre également ce problème avec certains partenaires. Par exemple, les ASC indiquent qu'en dépit d'une préparation minutieuse et d'un encadrement de la culture et des coutumes spécifiques d'un patient, ils ne sont pas écoutés, et l'encadrement n'est pas pris au sérieux par l'ASC.

A **Anvers**, ce problème est identifié par les psychologues d'Erasmus. Les psychologues savent comment trouver les relais communautaires à l'envers, s'ils ont besoin d'aide pour conseiller un patient vulnérable.

Genk ne connaît heureusement pas ce problème. Les travailleurs sociaux communautaires sont reconnus comme des travailleurs sociaux professionnels. Ils indiquent qu'ils ne ressentent aucun sentiment de discrimination.

À **Bruxelles**, ils sont également moins ou pas du tout confrontés à ce type de problèmes et il existe une bonne coopération avec la grande majorité des institutions, tant au niveau de l'orientation de la personne qu'au niveau de la mise en place de projets communs.

En **Wallonie**, au fur et à mesure de l'évolution et de l'implémentation du programme, cette situation est de moins en moins rencontrées. Lorsque cela arrive, notamment avec des maisons médicales, une rencontre pour expliquer les missions du programme suffit pour démontrer la complémentarité de notre travail.

Que se passe-t-il aujourd'hui pour surmonter ce problème autant que possible ?

Le coach de l'équipe de Gand a déposé une plainte auprès du service de médiation de l'UZ Gent et s'est également adressé à d'autres membres du personnel à ce sujet, en vain, ce qui a laissé un très mauvais sentiment au CHW.

Le coach a pris rendez-vous avec un travailleur social spécifique d'un bureau d'aide sociale du CPAS pour lui expliquer le programme CHW ainsi que le rôle du CHW. Le résultat est une coopération et une communication nettement améliorées entre l'assistant social et le travailleur social.

À **Tirlemont**, les discussions se poursuivent et les premiers signes de progrès dans la bonne direction apparaissent.

9. Absence de soins adaptés à la culture

Quel est le problème ?

Il est important d'inclure le contexte culturel et les coutumes du patient et de sa communauté dans le traitement. De nombreuses cultures sont centrées sur la communauté et non sur l'individu, de sorte que le traitement n'est pas adapté. Les séances thérapeutiques de groupe ont parfois beaucoup plus d'impact que les thérapies individuelles. La thérapie individuelle peut compléter la thérapie de groupe.

Exemple

Gand

Une dame vulnérable d'origine érythréenne ne se sent pas aidée par un psychologue du CPAS, mais par un thérapeute d'origine africaine qui travaille de manière active et offre des cadres reconnaissables, comme dessiner certaines étapes de la vie sur le sol avec des couleurs. La femme vulnérable est convoquée par le CPAS un mercredi à 11h30 pour expliquer pourquoi elle se sent aidée par le thérapeute d'origine africaine et non par un psychologue du CPAS. En soi, il est certainement positif qu'une ouverture soit faite ici pour expliquer cela et c'est également justifié puisque les frais du thérapeute en question sont payés par le CPAS. Cependant, le problème est que le cadre de cet entretien n'était pas très personnalisé, ce qui a rendu la situation difficile pour la femme : son rendez-vous tombait juste avant qu'elle aille chercher ses enfants à l'école, sans interprète ni soutien.

Le contact entre le psychologue et le coach des CHW n'a apporté aucune amélioration ; le psychologue n'a pas compris, bien qu'il ait reconnu la nécessité d'expliquer au CPAS la valeur ajoutée du thérapeute africain. Le coach a ensuite contacté le superviseur du psychologue, ce qui a permis d'améliorer le contact et l'attitude.

Où se situe le problème ?

À Gand, les gens se heurtent de plein fouet à ce problème et l'initiative d'Ericare est un exemple important de la manière dont les choses peuvent être faites différemment. Mais d'autres équipes identifient également ce problème.

Que se passe-t-il aujourd'hui pour surmonter ce problème autant que possible ?

Les CHW mettent en place des partenariats pour y répondre, mais ceux-ci ne sont évidemment pas encore suffisamment formalisés et leur portée est limitée. Cependant, il s'agit de bonnes pratiques qui peuvent certainement servir à aborder ce problème de manière plus structurelle. Le projet Ericare à Gand en est un exemple.

L'accompagnateur soulève également régulièrement cette question et ce besoin au sein du groupe de travail sur l'accessibilité des soins de santé.

Les médecins devraient être davantage formés à la sensibilisation culturelle à certaines maladies, aux tabous et aux croyances culturelles, ainsi qu'aux complications associées à certaines pratiques culturelles.

L'équipe de Bruxelles a travaillé avec un certain nombre de partenaires pour développer des campagnes de sensibilisation et du matériel d'information afin que les messages et les informations puissent être formulés et présentés d'une manière culturellement appropriée et efficace, avec des résultats très positifs. par exemple, la campagne de test colo avec BruPrev.

10. Soins aux réfugiés et aux personnes titulaires d'une carte médicale

Quel est le problème ?

Si la personne ne séjourne pas dans un centre d'accueil pendant la procédure d'asile, elle doit demander à Fedasil un engagement de paiement (réquisitoire) pour le paiement des frais médicaux liés à une visite chez un prestataire de soins de santé.

Dans la pratique, cette réquisition est parfois refusée au demandeur ou est très longue à obtenir, parfois jusqu'à 6 mois, ce qui a pour conséquence que les frais médicaux ne sont pas remboursés par Fedasil, même si le médecin traitant note expressément que le traitement est nécessaire. Chaque centre a ses propres procédures pour obtenir le DMH, ce qui rend difficile l'obtention d'informations. De plus, les relais communautaires notent que l'obtention de cette carte implique également les médecins traitants, qui doivent remplir des formulaires, ce qui augmente leur charge de travail. Les CHW ont déjà fait l'expérience que certains médecins n'acceptent pas certains patients s'il s'agit d'une DMH car cela leur crée une charge administrative. Il arrive également qu'un traitement ou une intervention chirurgicale prescrite par un médecin, qui motive également Fedasil, soit encore refusée par Fedasil. Les relais indiquent qu'une décision de refus n'est souvent pas suffisamment motivée et qu'elle n'est donc pas toujours bien comprise, non seulement par la personne elle-même mais aussi par le médecin qui a prescrit le traitement.

Les CHW notent également que les soins de base sont parfois négligés parce que les gens trouvent l'accès au DMH trop compliqué. Lorsqu'elles prennent leurs soins en main, les personnes dans cette situation ne voient souvent pas d'autre solution que d'entrer par les urgences, ce qui augmente également la pression sur les hôpitaux et encourage l'utilisation inappropriée des urgences. Pour la personne qui a besoin de soins, c'est pourtant le seul moyen qu'elle voit pour obtenir de l'aide.

Si la personne dispose d'un réquisitoire, certaines pharmacies refusent encore de délivrer des médicaments en raison des longs délais de remboursement ou parce que Fedasil ne les rembourse pas.

Exemple

A Liège, une bénéficiaire ayant une carte de séjour temporaire s'est vu refuser un rendez-vous ophtalmologique avec pour raison le non-paiement habituel de la part de Fedasil.

En outre, la procédure semble peu transparente pour les personnes vulnérables et les relais communautaires sont également embourbés dans cette affaire.

Où se situe le problème ?

Ce problème est identifié dans toutes les régions

11. Une attention insuffisante est accordée à des informations claires et utilisables dans la pratique, adaptées au groupe cible, sur le fonctionnement du système de soins de santé dans le cadre du processus d'intégration.

Quel est le problème ?

Ce problème est soulevé très spécifiquement par l'équipe d'Anvers.

Deux problèmes majeurs se posent :

- Un parcours d'intégration est parfois mis en place "trop tôt". Souvent, en raison d'une situation intenable, les personnes ont dû fuir leur pays. Elles reçoivent alors une brève explication du système de soins de santé par le biais du cours d'intégration civique obligatoire, alors que leur préoccupation prioritaire à ce moment-là est de trouver un toit et du pain sur la table.
- En outre, lors du cours d'intégration civique (Atlas), il semble que l'on n'accorde pas suffisamment d'attention à tout ce qui concerne les soins primaires, de sorte que les gens ne comprennent pas suffisamment le fonctionnement du système de soins de santé. Il est également très important de prêter attention à l'importance de la répétition des informations "vitales". Les personnes n'ont parfois plus d'espace dans leur tête au moment du cours d'intégration en raison de ce qu'elles ont vécu (par exemple, des traumatismes de guerre).

Les problèmes surviennent plus tard : les factures des hôpitaux et autres ne sont pas payées, les gens ne savent pas qu'ils seront en partie remboursés (assurance mutuelle) et doivent payer eux-mêmes une partie (par exemple, l'ambulance), ce qui a des conséquences désastreuses.

On ne prend pas assez en compte le fait que le "B.a.-ba" de notre système de santé (comme l'appellent si joliment les collègues francophones), n'est souvent pas connu.

Exemple : un CHW a accompagné une personne jusqu'à la boîte aux lettres d'une mutuelle, pour y déposer littéralement les billets. La personne avait reçu l'ordre de le faire, mais elle ne comprenait pas ce que signifiait "mettre les billets dans la boîte aux lettres" (pour les remboursements de la mutuelle)...

Où se situe le problème ?

Anvers

Que se passe-t-il aujourd'hui pour surmonter ce problème autant que possible ?

L'équipe d'Anvers a déjà soulevé cette question auprès d'Atlas et continue à la suivre.

12. Aide à la prise en charge des parents isolés ayant des enfants handicapés.

Quel est le problème ?

Les CHW de Bruxelles observent des défis majeurs pour les familles monoparentales lorsqu'il s'agit d'assurer la prise en charge de leurs enfants pendant que le parent reçoit des soins médicaux ou est hospitalisé. Ce problème est exacerbé lorsque l'enfant est handicapé, que le parent est socialement isolé et que ses ressources financières sont limitées.

En Wallonie, on observe également un manque de place dans les institutions pour personnes porteuses d'un handicap que cela soit en centre de jour ou en hébergement.

Exemples

Bruxelles

La mère d'un enfant souffrant d'autisme a dû être hospitalisée en novembre 2023. La maman parle très peu le français et étant socialement isolée elle n'a pas pu organiser la prise en charge de son enfant.

Pour l'aider, le CHW a contacté les services suivants, en vain :

L'assistante sociale de la mutuelle à laquelle la femme était affiliée, le service social de l'hôpital, l'assistante sociale de l'hôpital pour enfants, l'union familiale, la garderie locale.

Cependant, il ne semblait pas y avoir de solution toute faite à cette situation à portée de main. Par conséquent, contre l'avis du médecin, la femme a signé un formulaire de décharge pour quitter l'hôpital et rejoindre son enfant immédiatement après l'opération. Heureusement, une infirmière à domicile, touchée par sa situation, s'est portée volontaire pour lui prodiguer les soins nécessaires et lui rendre visite régulièrement à domicile.

Charleroi

Une famille recherche un centre de jour pour les aider dans la prise en charge de leur enfant porteur d'un handicap. Les CHW ont contacté 17 institutions dans le grand Charleroi et la réponse reçue a toujours été la même : l'institution est complète et la liste d'attente est très longue.

Cette situation s'explique entre autre par le manque de place ainsi qu'une occupation importante des places par des résidents français dû au manque de ce type de structure dans leur pays.

CHAPITRE 4

Rapport sur l'assuétude

1. Coordination des assuétudes en Flandre: rapport 2023

1.1. Collecte d'informations

Le poste de coordinateur en assuétudes étant entièrement nouveau, il était très important d'identifier avant tout les connaissances actuelles, l'expertise, le travail en réseau et les besoins existants des Community Health Workers et coachs . Cela s'est fait par le biais d'une enquête. La première enquête auprès des coachs a été réalisée par écrit ; il s'agissait d'un document demandant l'état actuel des connaissances et pratiques des CHW et leur questionnements sur la base des questions suivantes :

- dans le cadre de leur travail actuellement, existe-t-il déjà des contacts ou des collaborations avec des organisations axées sur la consommation de substances et/ou l'addiction ?
- Y a-t-il eu des formation sur ce sujet ?
- Y a-t-il des agents de santé communautaire qui ont déjà une expérience dans ce domaine ?
- Quels sont les obstacles que rencontrent actuellement les CHW dans leur travail de conseil, liés à la consommation de substances et/ou aux assuétudes.

Sur cette base, une deuxième enquête a été menée lors des réunions d'équipe dans les différentes provinces, au cours de laquelle les expériences des agents de santé communautaire eux-mêmes ont été principalement interrogées.

1.1.1. Retour d'informations de la part des coachs

Connaissances

Les connaissances en matière d'assuétudes sont limitées dans toutes les équipes. Il est indiqué que les agents de santé communautaire ne disposent pas des bons outils pour aider les personnes ayant des problèmes d'addiction, car elles ont souvent besoin d'une approche différente de celle des personnes ne souffrant pas d'addiction. Les CHW s'inquiètent également de savoir si l'aide apportée pourra s'intégrer dans leur emploi du temps, étant donné qu'un suivi plus important sera nécessaire et qu'il y aura peut-être plus d'imprévisibilité. Sans le savoir, ils travaillent déjà régulièrement avec des personnes qui consomment (souvent des sans-abri ou des réfugiés) et se concentrent alors sur la question des soins primaires. Les questions relatives aux problèmes d'addiction ne sont généralement pas abordées, seules des orientations possibles vers une association spécialisée (par exemple Vagga, un COSM, De broeders Alexianen) ont possibles, mais ils indiquent qu'ils ne sont pas toujours sûrs que l'organisation à laquelle ils se réfèrent est la plus appropriée à la demande d'aide de la personne...

Mise en réseau

A **Gand et à Ostende**, il y a déjà eu une première réunion entre les coachs et la direction du '*Medisch Sociaal Opvang Centrum*', au cours de laquelle le programme CHW a été présenté. Lors de ces deux réunions, la conclusion a été la même : la poursuite de la coopération s'est avérée impossible (pour l'instant) car les agents de santé communautaire n'ont pas l'expertise nécessaire pour faire du coaching (du COSM vers d'autres institutions de soins). Il s'est également avéré que les agents de santé communautaire ne savent pas toujours clairement ce qu'ils peuvent et ne peuvent pas faire dans le cadre de leur rôle. Il est indispensable de créer un cadre clair pour le CHW.

Des renvois au COSM ont lieu, mais dans une mesure limitée.

Par exemple, la situation dans laquelle se trouve la personne qui demande de l'aide, n'est pas suffisamment prise en compte par Gebroeders Alexianen, de sorte que l'aide reçue n'a pas d'effet à long terme et que les personnes qui demandent de l'aide reviennent vers l'agent de santé communautaire (puisqu'ils agissent souvent en tant que conseiller confidentiel). *Gebroeders Alexianen* a révélé qu'ils n'aidaient plus que les personnes qui le demandaient elles-mêmes, un commentaire que le CHW entend régulièrement de la part des organisations qui fournissent de l'aide en matière de d'assuétudes et d'usage de substances. Cela n'est pas évident pour les CHW parce qu'ils n'ont pas (encore) suffisamment de connaissances et de réseaux pour savoir ce qu'ils peuvent faire.

A **Genk**, il y a une CHW qui a de l'expérience en matière d'assuétudes. Elle travaille parfois en collaboration avec une organisation, Noolim, où les CHW aident principalement les personnes turcophones en termes de soins primaires.

A **Anvers**, il n'y a qu'une entrée à l'asbl Vagga.

Il n'y a pas eu de moments de réseautage avec les coachs de Genk, d'Anvers et de Tirlemont sur les questions d'addiction.

Une première conclusion provisoire qui pourrait être faite sur la base du retour d'information des coachs est que le travail en réseau est limité à la nécessité absolue de certains cas. Les connaissances sont limitées et font en sorte que les personnes ayant un problème d'addiction qui ont une demande d'aide liée aux soins primaires ne sont pas activement identifiées et aidées davantage.

1.1.2. Retour d'information de la part des CHW

Dans un deuxième temps, une enquête auprès des agents de santé communautaire a été organisée pour chaque équipe, précédée d'une brève présentation du coordinateur assuétudes et de sa mission. Il est rapidement apparu que poser des questions plus générales telles que "*de quelle manière les agents de santé communautaire sont-ils en contact avec des personnes ayant des problèmes d'addiction et quels sont leurs besoins en tant que prestataires de soins*" n'était pas la bonne approche. Même s'ils travaillent souvent avec des personnes ayant des problèmes d'addiction et/ou de consommation, ils n'en sont pas toujours conscients.

Ce qui a fonctionné, c'est l'interrogation sur des cas spécifiques. Sur cette base, des signaux et des besoins sont apparus, dont certains sont présentés ci-dessous. Cela a immédiatement rendu la réalité du CHW très concrète et a été très important pour le développement du plan d'action 2024. Au cours de cette enquête initiale, il a également été indiqué que ces informations étaient importantes pour l'élaboration d'un plan de formation et d'un cadre de prévention.

Gand

Étude de cas

Une personne ayant demandé de l'aide avait besoin d'une intervention chirurgicale urgente. Il s'avère que cette personne est dépendante à l'alcool et à l'héroïne et qu'elle fume beaucoup. Le chirurgien ne veut plus aider la personne si cela ne cesse pas. Le CHW avait contacté la Clé, mais celle-ci avait indiqué que la personne devait appeler elle-même. Le CHW appelle la personne vulnérable, mais elle ne répond plus. L'état de cette personne s'aggrave et le CHW se sent mal à l'aise dans cette situation.

Les CHW de Gand eux-mêmes indiquent qu'ils ont certains besoins : un besoin de formation pour les CHW (comment accompagner les personnes confrontées à une problématique d'assuétude- et fixer des limites sans se sentir coupable) et un besoin de cartographie adaptée au domaine de travail des CHW afin qu'ils puissent orienter ou aider les personnes souffrant de problèmes d'assuétude de manière ciblée.

Une autre question que ce cas a soulevée chez les CHW est la suivante : comment accompagner des personnes suicidaires ?

Tirlemont

Les CHW de Tirlemont estiment qu'il est difficile de s'occuper des personnes souffrant de problèmes d'assuétude. Ils se demandent également jusqu'où ils doivent/peuvent aller, quand il est "permis" d'arrêter un service de conseil, et ont besoin d'une cartographie claire.

Étude de cas

Situation d'un garçon mineur, qui consomme une substance (on ne sait pas laquelle) et qui connaît des hauts et des bas. Lorsque le garçon va mal, les parents paniquent et appellent le CHW à l'aide. Ce dernier s'efforce de prendre rendez-vous avec un médecin. Le problème est que les rendez-vous ne sont pas respectés, car chaque fois que le garçon va mieux, les parents et le garçon estiment que le rendez-vous n'est plus nécessaire. Jusqu'à ce que la personne tombe dans un nouveau marasme et que tout recommence. Les parents s'accrochent au travailleur social, ce qui rend la situation émotionnellement difficile pour ce dernier. Cette situation se répète plusieurs fois. Le CHW se demande combien de temps elle doit/peut continuer à agir de la sorte. Ils n'ont pas non plus connaissance de l'aiguillage adéquat.

Ostende

À Ostende, un CHW (sur trois) se concentre sur les personnes qui ont besoin d'aide et qui connaissent également des troubles psychiatriques et/ou d'un d'assuétudes. Les deux autres agents de santé communautaire ne se sentent pas assez forts pour aider les personnes ayant de tels problèmes à aller de l'avant.

À Ostende, les CHW sont confrontés au phénomène de l'achat de médicaments : les gens peuvent toujours obtenir des médicaments supplémentaires par des moyens détournés pour continuer à les utiliser. Les CHW demandent alors conseil à un médecin.

Étude de cas

Une personne souvent sous l'emprise de l'alcool devait se rendre à un rendez-vous médical. Elle n'a pas ouvert la porte au moment du conseil. Le CHW a alors attendu et a appelé l'infirmière à domicile pour lui transmettre les informations nécessaires. Lorsque l'infirmière est arrivée, la personne a ouvert la porte et le CHW est parti. Cette situation a pris beaucoup de temps au CHW.

Genk

Ici, les CHW sont plus souvent confrontés à des personnes qui consomment.

À Genk, nous constatons également que les personnes souffrant d'addiction sont tenues à l'écart par la société de logement social. Ce n'est pas seulement un problème pour la personne de trouver un toit, mais cela a aussi des effets secondaires significatifs sur sa santé et sa démarche d'aide à la santé. Cela crée également une pression supplémentaire dans l'organisation des soins primaires, car la recherche d'un logement est souvent une priorité pour ces personnes.

Une question posée par les membres du CHW à Genk : quand savez-vous que quelqu'un est dépendant ou qu'il a simplement une mauvaise période ou une ivresse ponctuelle,... ? Existe-t-il des astuces pour identifier les caractéristiques qui permettent d'y voir plus clair ?

Il est également clair que la fonction de confiance que les CHW possèdent et dégagent est également très importante, mais qu'elle pose parfois des problèmes.

Étude de cas

Une femme qui consomme très régulièrement/quotidiennement des médicaments, du coca et du red bull. Refuse toute aide mais a une grande confiance dans le CHW. Le CHW ne sait pas comment l'aider ou comment il pourrait réussir à l'orienter de toute façon.

Le gaz hilarant est une nouvelle tendance à Genk. Les travailleurs du CHW se demandent comment y faire face.

2.1.5. Anvers

En général, les personnes sous influence ne sont pas abordées (pas de contact avec elles), car les CHW ne se sentent pas assez outillés et craignent leurs réactions

Il arrive parfois qu'une personne qu'ils veulent aider davantage se révèle être sous influence.

Étude de cas

Une femme qui a dû être accompagnée à l'hôpital. Le CHW entre dans la maison, la femme lui confie diverses tâches, comme ranger des vêtements. Le CHW ne se sent pas à l'aise avec la femme, qui réagit de manière étrange. Sur le chemin de l'hôpital, elle insiste encore pour entrer dans un café pour prendre un café, car ils ont encore du temps pour cela. Le CHW n'arrive pas à lui faire changer d'idée. Dans le café, la femme s'effondre (elle était sous l'influence de quelque chose) - et est emmenée par l'ambulance. L'accompagnatrice reste avec un sentiment étrange.

Autre exemple, une femme en état d'ébriété. Elle a perdu toute confiance dans les organismes de soins et d'aide sociale. Le CHW a réussi à gagner sa confiance. Dans la rue, elle commence à devenir agressive et à crier. Le CHW qui se trouve à proximité entend la femme l'appeler par son nom, bien qu'elle soit en train de parler à quelqu'un d'autre. Le CHW ne sait pas quoi faire et a peur. Il finit par appeler l'ambulance et la police.

Sur la base de toutes ces premières discussions avec les agents de santé communautaire, nous pouvons faire une deuxième conclusion avec des points d'apprentissage, qui constitueront la base de la formation qui sera dispensée au premier trimestre 2024 . Plusieurs signaux et besoins sont apparus:

- comment accompagner les personnes qui consomment - et fixer des limites
- la connaissance d'une cartographie claire pour effectuer des renvois rapides et corrects
- attitudes stigmatisantes des prestataires de soins de santé, comment y faire face en tant que CHW
- importance d'un cadre de prévention clair
- reconnaître et différencier l'usage et/ou la dépendance

1.2. Mise en réseau

Une deuxième tâche importante du coordinateur consistait à rechercher des organisations avec lesquelles collaborer dans le contexte de la consommation et de l'usage de substances psychoactives.

Des contacts initiaux ont déjà été établis avec un certain nombre d'organisations en Flandre. Ils se poursuivront en 2024.

Adic asbl

Adic vzw est l'acronyme de *Antwerp Drug Intervention Centre*, un centre de réhabilitation psychosociale pour les personnes ayant un usage problématique de drogues, et est un membre établi de la communauté anversoise d'assistance aux toxicomanes depuis 30 ans.

entretien de présentation le 8/08.

Présents :

Pour le programme CHW : Mathias Neelen (coordinateur régional CHW), Karen Mullié (coordinatrice fédérale) et Debby Pauwels (coordinatrice addiction).

pour ADIC : Debby Claus (orientation ambulatoire des employés) et Mieke Beirinckx (directrice générale).

L'offre d'Adic asbl est variée, allant de l'hébergement à court terme au traitement résidentiel et ambulatoire à long terme. Dans le cadre de la consultation ambulatoire (pour soutenir une vie sans drogue), il est possible de travailler en partenariat avec des agents de santé communautaires. Adic vzw s'efforce d'accompagner les personnes usagères de drogues afin de les réintégrer socialement de la manière la plus complète possible. Les agents de santé communautaire pourraient veiller à ce que ces personnes soient orientées vers les soins primaires appropriés. Un deuxième cas dans lequel les agents de santé communautaire pourraient être impliqués est celui d'une orientation vers ADIC. Pour être admis à l'asbl Adic, les personnes doivent être en règle avec leur mutuelle de santé. Ce n'est souvent pas le cas et il n'y a actuellement pas de ressources et d'opportunités pour cette orientation. Nos agents de santé communautaire pourraient y jouer un rôle.

Actuellement, nous ne pouvons pas encore conclure ce partenariat (voir 2. Collecte d'informations). Les CHW communautaires indiquent clairement que leurs connaissances sont encore trop limitées et qu'ils ne sont pas encore assez outillés pour être en mesure d'offrir l'aide appropriée de manière structurelle. Dès que nous commencerons à renforcer le réseau local et que le cadre pour les agents de santé communautaire sera plus clair en ce qui concerne les questions d'assuétudes (voir annexe 1 - plan d'action 2024 pour le calendrier), un nouveau rendez-vous sera pris avec l'asbl Adic (avec le coach et les agents de santé communautaire d'Anvers).

MSOC Anvers

Le Centre d'Accueil Médico-Social (présent dans toutes les provinces) offre un accompagnement médical, psychologique et social aux consommateurs de drogues illicites qui ne se sentent pas aidés. Ils offrent une assistance à bas seuil, ce qui est un point commun avec notre opération. L'intention est de s'engager avec chaque COSM provincial. Le premier à avoir été choisi est le COSM d'Anvers (clinique gratuite).

entretien de présentation le 04/09.

Présents :

Pour le programme CHW : Debby Pauwels (coordinatrice des addictions)

Pour la Free Clinic : Tessa Windelinckx (coordinatrice flamande GIG - Health Promoter Injecting Use)

Au cours de cette conversation, nous avons présenté nos activités respectives et examiné comment nous pouvions nous renforcer mutuellement. La coordinatrice assuétudes a également pu visiter le centre, où il est apparu clairement que la réduction des risques (aider à promouvoir le bien-être général d'une personne qui demande de l'aide) est un terme souvent utilisé dans ce type d'assistance et constitue une composante importante de l'aide aux personnes vulnérables.

Grâce notamment à la richesse des informations et aux discussions très engageantes, la coordinatrice a également pu tracer les premières lignes d'une carte sociale pour les agents de santé communautaire et un premier paquet de formation (voir annexes 2 et 3) a été développé. Une première formation générale pour les agents de santé communautaire et les coachs est prévue pour le premier trimestre 2024, qui sera supervisée par Mme Windelinckx.

Comme c'est également le cas pour Adic vzw, il s'avère que les agents de santé communautaires peuvent constituer une valeur ajoutée. Les travailleurs sociaux du COSM ne parviennent pas à orienter les personnes ayant besoin d'aide vers le système de soins de santé ordinaire, ce qui fait que les gens n'ont plus confiance dans notre système de soins de santé. Cela pourrait être un rôle pour nos agents de santé communautaire, mais pour mettre cela en pratique, il est important que nos agents reçoivent une formation adéquate.

Les thèmes suivants pourraient être abordés dans le cadre de cette formation:

- position de notre organisation dans l'aide aux personnes dépendantes ou consommatrices - politique de prévention
- établir ses propres limites en matière de conseil
- comment traiter les personnes ayant des problèmes d'addiction
- le concept de réduction des risques et la manière de l'appliquer dans nos activités

Au deuxième trimestre 2024, des visites sont prévues dans les COSM de chaque province pour donner aux coachs et aux agents de santé communautaire une première expérience pratique de l'aide à apporter à ce groupe de personnes vulnérables. Dans une phase ultérieure, il est également intéressant que les agents de santé communautaire soient accompagnés par des experts du vécu (buddies), afin de se faire une idée de ce groupe de personnes vulnérables. Ce point est également inclus dans le plan d'action 2024 (voir annexe 1).

Symposium 25 ans du MSOC Ostende : session académique

A l'invitation du directeur du MSOC Ostende, Lucas Vandendriessche, le coordinateur flamand a participé à ce symposium en octobre. Après une introduction de M. Vandendriessche, une présentation "le phénomène des drogues, une approche kaléidoscopique et rationnelle" a été donnée par Steven Debbaut, universitaire et porte-parole de l'asbl Smart on drugs. Il a expliqué comment les drogues et leur consommation ont évolué dans la société et comment différents discours sur les drogues sont apparus. Une deuxième partie a expliqué les différents points de vue sur la mesure dans laquelle les drogues et leur consommation peuvent nuire à la société et à l'individu. La dernière partie se concentre sur l'objectif d'une politique en matière de drogues. L'objectif est de pouvoir réduire la consommation de substances intoxicantes et d'augmenter ainsi le bien-être et la qualité de la santé de chacun. La présentation a permis une avancée importante dans la vision de l'avenir et a établi un lien important avec le travail des agents de santé communautaire et ce qu'ils peuvent faire de plus dans ce domaine. C'est ainsi que le terme de *réduction des risques* est réapparu, un concept qui sera expliqué lors de la formation prévue pour 2024. L'essentiel est que l'assistance ne consiste pas à punir les gens, à les obliger à arrêter de consommer, mais à les aider à promouvoir le bien-être et la santé en général. Et c'est précisément ce que nos agents de santé communautaire font chaque jour.

Journée d'étude VAD

VAD est le centre d'expertise flamand pour l'alcool et les autres drogues. VAD offre des conseils et des documents fiables et indépendants sur l'alcool, les drogues illégales, les médicaments psychoactifs, les jeux de hasard et d'argent. VAD est également l'organisation faîtière des organisations flamandes travaillant dans le domaine de l'alcool et des autres drogues.

La journée d'étude annuelle a eu lieu en novembre. Le programme était le suivant :

Un mois sans alcool : campagne de prévention ou phénomène de société ? Une prévention spécifique de la cocaïne est-elle nécessaire ? - La psycho-éducation, un lever de rideau ou une stratégie valable ? - L'impact des évolutions technologiques dans le secteur du jeu sur les approches du jeu

En termes de contenu, c'était intéressant mais moins applicable à nos CHW communautaires. C'était une excellente occasion de nouer des contacts, mais étant donné le grand nombre de participants (plus de 300 personnes) et l'absence d'une vue d'ensemble de qui était qui, il a été difficile de nouer des contacts. La journée d'étude était très axée sur les organisations fournissant un soutien (à long terme) aux personnes ayant des problèmes d'addiction. Pour les agents de santé communautaire, l'objectif est d'aider les personnes qui ont besoin de soins primaires, et leur consommation ou leur dépendance est l'une de leurs vulnérabilités qui doit être prise en compte. Le séminaire était davantage axé sur la lutte contre les problèmes d'addiction eux-mêmes.

La VAD dispose également d'un forum d'information en ligne très développé. Il sera contrôlé en 2024 et la formation correspondante sera dispensée (dans un premier temps) aux coachs et (dans un second temps) aux agents de santé communautaires.

1.3. Conclusion

Parmi les CHW en Flandre, l'assuétude n'est pas encore une thématique qui est traitée de manière très consciente par les CHW en Flandre. Le coordinateur flamand n'est pas encore spontanément impliqué dans les cas impliquant des problèmes d'assuétude, d'autant plus que les cas spécifiques sont souvent évités pour le moment. Il n'y a pas encore d'interaction, l'information et les actions sont seulement impulsées par le coordinateur.

En Flandre, nous sommes encore dans une phase de démarrage ; le projet sur les addictions a été récemment ajouté au programme CHW, qui existe depuis un certain temps et qui est lui-même encore en évolution. Cela permet de relever les défis nécessaires pour élargir les connaissances des coachs et des CHW en matière d'assuétudes.

Les informations et les conclusions tirées en 2023 ont permis d'élaborer un plan d'action concret pour 2024.

2. Coordination des assuétudes en Wallonie et Bruxelles : rapport 2023

2.1. Contexte

Une nouveauté importante en 2023 a été l'ajout d'un avenant à l'accord avec l'INAMI, mandatant la nomination d'un coordinateur supplémentaire axé sur les questions d'assuétudes¹. Pour les régions de Bruxelles et la Wallonie, cette mission a été confiée au Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté.

Les CHW de Wallonie avaient déjà connu une dynamique d'intervision et de formation collective régulière portée par le RWLP durant les années précédentes. Cette dynamique est cependant neuve pour les CHW de Bruxelles.

A travers ce nouveau partenariat, le RWLP propose un apport partant des besoins des CHW et des réalités, vécus et besoins d'une diversité de populations qui peuvent à la fois être concernées par l'appauvrissement, la pauvreté, et par la problématique des assuétudes. C'est en effet à destination de ces populations diversifiées que les CHW/facilitateurs.trices en santé exercent leurs missions, afin de rapprocher les systèmes de santé de leurs réalités.

Plusieurs travailleurs participent à la réalisation de ce projet au sein du RWLP en fonction de leurs compétences et missions. Au sein de l'équipe, une personne référente a été désignée pour le suivi du projet : Céline Deville, chargée de mission principalement dans le domaine de la santé.

Le programme CHW et le RWLP collaborent depuis le début des activités des facilitateurs en santé en Wallonie (2021), et dans ce cadre, l'organisation de journées d'intervision et de formation a fait toutes ses preuves. Forts de cette expérience, nous avons proposé que l'accompagnement assuétudes fonctionne selon le même principe : l'organisation par le RWLP d'une journée mensuelle de formation et d'échange autour de la thématique des assuétudes et consommations, en lien avec la diversité des publics concernés par ces problématiques, et plus particulièrement, les réalités des personnes qui vivent dans le trop peu de tout.

2.2. Rapport narratif et chronologique des activités

Dans les pages qui suivent, nous décrivons l'ensemble des activités qui ont été réalisées dans le cadre de ce partenariat, en insistant particulièrement sur les six journées de séminaire organisées en 2023 et leur contenu. Précisons que chacune de ces journées a impliqué un temps préalable de recherche d'information, de préparation, d'organisation logistique, impliquant différents travailleurs du RWLP. Une partie de ces tâches et activités n'apparaissent pas explicitement dans ce rapport, qui se structure autour d'activités plus « formelles » (journées de séminaire, réunions, ...).

5 avril 2023 (11h-12h30) : Réunion RWLP – coordinatrices régionales du programme CHW (visio)

Réunion portant sur les modalités de partenariat et objectifs du projet.

Participant.e.s : Houria Bounouch, Céline Deville, Antoine Dujardin, Christine Mahy, Laura Nothelier.

Suite à cette rencontre, le RWLP a rédigé un document de proposition de collaboration, explicitant la démarche d'accompagnement des CHW sur la thématique des assuétudes, en lien avec la vie dans le trop peu de tout. Une convention de partenariat a été signée entre le RWLP et l'Asbl Intermutualiste.

¹ La convention et les documents initiaux du projet utilisent le terme « toxicomanie », que nous avons systématiquement remplacé par les termes « assuétudes » ou « consommations » dans ce rapport d'activité (sauf exceptions*). Cela fait suite à une réflexion collective portant sur l'importance des mots et leur pouvoir stigmatisant ou, au contraire, émancipateur.

16 mai 2023 (12h30-13h30) : Réunion RWLP – coordinatrices régionales du programme CHW (visio)

Cette réunion a été consacrée à l'organisation pratique des séminaires avec les CHW (calendrier, lieux, horaires, transmission des listes de contact...).

Participant·es : Houria Bounouch, Céline Deville, Christine Mahy, Laura Nothelier.

Lors de cette réunion, il a été convenu que les trois premières rencontres soient fixées dans le court délai avant l'été, afin de permettre aux CHW de Wallonie et de Bruxelles de se rencontrer, de libérer leur parole vis-à-vis de la thématique des assuétudes et d'exprimer leurs questionnements, nourris par des interventions et témoignages issus du terrain. A la suite de ces rencontres, le programme et le choix des intervenants extérieurs a été construit à partir des questionnements et besoins exprimés par les CHW.

Mardi 30 mai 2023 (9h30-16h) – Séminaire 1 (Namur)

La première journée de séminaire sur les assuétudes a donc été organisée le mardi 30 mai à Namur, dans les locaux du RWLP. Afin de permettre aux CHW de s'exprimer le plus librement possible sur la thématique des assuétudes, cette première journée ne s'adressait qu'aux CHW, sans la présence des coachs et coordinatrices.

Cette journée visait principalement à permettre aux équipes de se rencontrer, d'énoncer leurs représentations vis-à-vis de la thématique des assuétudes et consommations, de se questionner sur les contours de la problématique et ses liens à la pauvreté.

Cette journée a été animée par Christine Mahy et Céline Deville, avec la participation de trois Facilitateurs en prévention des inégalités du RWLP (Olivier Vangoethem, Geneviève Baert et Jeremy Kulumba) (+ Soutien logistique d'autres collègues pour la préparation des salles, des pauses et repas).

Plusieurs contenus et activités ont jalonné cette première journée de séminaire :

- Activités de type brise-glace
- Premier tour de table rapide : « La toxicomanie*, qu'est-ce que ça m'évoque ? »
- Présentation du programme, de ses objectifs, du partenariat et aspects organisationnels
- Travail en sous-groupes à partir d'une vidéo² afin d'identifier les contours de la thématique assuétudes puis retour en grand groupe
- Réflexion individuelle et possibilité de déposer des questionnements de façon anonyme par écrit
- Travail en sous-groupe sur les liens entre assuétudes et pauvreté puis retour en grand groupe

Un rapport de cette journée a permis de consigner les premiers questionnements des CHW, leurs demandes et suggestions.

6 juin 2023 (14h30-15h30) : Réunion RWLP – coordinatrices régionales du projet CHW (visio)

Cette réunion avait pour but de faire un retour sur la première journée de séminaire avec les CHW.

Participant·es : Houria Bounouch, Céline Deville, Laura Nothelier.

12 juin 2023 (13h-14h) : Réunion avec Annick Delepine, coordinatrice experts du vécu au SPP Intégration sociale (visio)

Réunion afin de discuter de la participation d'experts du vécu actifs dans le secteur santé aux journées de séminaire. De par les similarités dans leurs fonctions, il nous a en effet semblé intéressant de poursuivre la dynamique d'échange entre experts du vécu et CHW entamée lors des interventions. De plus, le service des experts du vécu du SPP IS accompagne également ses travailleurs sur la thématique des assuétudes dans le cadre du programme de l'INAMI.

² <https://www.youtube.com/watch?v=OH0prpRN2nE>

Les experts du vécu (5) ont participé aux séminaires assuétudes avec les CHW à partir du séminaire 3, de même que leur coordinatrice assuétudes.

Jeudi 15 juin 2023 (9h30-16h) – Séminaire 2 (Namur)

L'objectif de cette seconde journée de séminaire était de nourrir la réflexion et les questionnements des CHW à partir d'expérience du terrain et du vécu : personnes concernées par les assuétudes et la pauvreté, ou en lien permanent avec des personnes concernées. Les coachs et coordinatrices régionales étaient présents pour cette journée, de même que la coordinatrice nationale des CHW.

Sur base de l'activité de brise-glace (exercice de consensus), les CHW ont présenté leur fonction à notre invité du matin. En effet, lors de cette journée, nous avons d'abord reçu Philippe Mercenier, actif dans l'association Sortir du bois à Liège³. Cette association de fait accompagne des personnes sans-chez soi dans des projets de logement, notamment à travers des habitats légers (caravanes, roulottes, ...). De par son implication dans l'association, Philippe Mercenier est régulièrement en contact avec des personnes qui consomment et a partagé son expertise de terrain et échangé avec les CHW : comment installe-t-il une relation de confiance avec ces personnes ? A quoi est-il attentif ? Quelles sont les difficultés rencontrées ? Comment y faire face ?

Les CHW ont ensuite pu écouter le témoignage de Facilitateurs.trices en prévention des inégalités du RWLP qui a partagé leur parcours en lien avec les assuétudes et répondu aux interrogations des CHW à partir de leur vécu et de quelques balises : qu'est-ce qui les a aidés dans leur parcours ? Comment pensent-ils que des CHW peuvent être un appui pour des personnes ayant un parcours similaire ?

Suite à ces témoignages, les trois sous-groupes constitués ont eu un temps d'échange et préparé la mise en commun en grand groupe, à partir des questions suivantes :

- Quels éléments retirer des témoignages, qui puissent avoir un sens par rapport à mon travail de CHW ?
- Qu'est-ce qui me met en réflexion ? Me déstabilise ? Ou au contraire, est confirmé ?
- Quels besoins d'approfondissement ? D'outils ? De formations ?

Avec la participation, pour le RWLP, de Céline Deville, Olivier Vangoethem, Geneviève Baert, Jeremy Kulumba, Marie Delfosse et Lula Baguet (+ Soutien logistique d'autres collègues pour la préparation des salles, des pauses et repas).

Suite à cette rencontre, Céline Deville a compilé l'ensemble des questionnements et besoins identifiés par les CHW et en a proposé une classification par thématiques. Sur cette base et lors d'une réunion avec C. Mahy, cela a permis de travailler sur le contenu du séminaire suivant.

Mardi 27 juin 2023 (9h30-16h) – Séminaire 3 (Namur)

La troisième et dernière journée de séminaire avant l'été avait pour but de confirmer les questionnements compilés et leur classification, ainsi que de faire un premier état du réseau des CHW sur le terrain en lien avec les assuétudes. Au-delà de l'intérêt intrinsèque de ces activités, cela devait permettre de mieux planifier le programme pour la suite de l'accompagnement, en fonction des besoins des CHW, de leurs connaissances préalables, de leurs questionnements et de l'utilité pour leur fonction.

Afin de nourrir à nouveau la réflexion, la journée s'est ouverte sur le visionnage d'un documentaire intitulé « Chasser les dragons » (2021, un film d'A.L. Longuet)⁴, qui s'intéresse au quotidien des usagers.ères et travailleurs.euses de la salle de consommation installée à Liège depuis 2018.

³ <https://www.sortirdubois.org/>

⁴ <https://www.on-tenk.com/fr/documentaires/societe/chasser-les-dragons>

Après un échange en grand-groupe sur le film, les CHW et leurs coachs ont été invités à se réunir en sous-groupes autour de la compilation des questionnements et besoins pour l'amender, la compléter, et identifier les sujets qui leur semblaient prioritaires.

Ensuite, les CHW et leurs coachs ont également eu un temps de travail en sous-groupes par territoire afin d'identifier l'ensemble des acteurs en lien avec le secteur des assuétudes actifs sur leur territoire, sur base de leur connaissance du terrain. Ils pouvaient également signaler s'ils avaient déjà été en contact avec ces acteurs et pointer ceux qu'ils souhaiteraient pouvoir rencontrer dans le cadre de ce projet d'accompagnement.

Avec la participation, pour le RWLP, de Céline Deville, Geneviève Baert et Antoine Dujardin (+ Soutien logistique d'autres collègues pour la préparation des salles, des pauses et repas).

Suite à cette troisième rencontre, Céline Deville a retravaillé la liste des questionnements et des besoins identifiés par les CHW, et construit un premier répertoire des acteurs par territoire. Un des constats qui ressort de ce travail est la grande variabilité des questionnements et besoins identifiés par les CHW : certain.e.s sont déjà bien informés par rapport à cette thématique, accompagnent régulièrement des personnes qui consomment différents produits, et sont en demande de formations sur des questions relativement précises, tandis que d'autres « découvrent » la problématique des assuétudes, entament un travail sur les propres préjugés par rapport aux consommations, et sont en demande de formations beaucoup plus générales pour mieux comprendre le sujet dans sa globalité.

Au total, 8 grands axes de questionnements et besoins ont été identifiés :

- Un besoin de connaissance théorique sur les substances, les différents types de produits, et leurs conséquences.
- Un besoin de connaissance et des questionnements vis-à-vis des solutions à proposer : acteurs assuétude, type de soutiens existants, traitements, ...
- Des questionnements concernant l'approche, la création du lien, l'installation d'une confiance vis-à-vis personnes usager.e.s de drogues
- Un besoin de réseautage sur les assuétudes
- Des questionnements vis-à-vis des limites en tant que professionnels
- Des besoins en termes d'outils (sensibilisation, information)
- Des stéréotypes à déconstruire
- Des questionnements plus politiques, vis-à-vis du rôle de l'Etat, des causes structurelles, du manque de prévention, ...

Les liens entre assuétudes et d'autres problématiques, telles que la migration ou les prisons, ont aussi été cités.

18 juillet 2023 (10h-11h) : Réunion RWLP – coordinatrices régionales du programme CHW (visio)

Cette réunion avait pour but de faire le point sur les questionnements suite aux trois premières rencontres, et à préparer les aspects pratiques et organisationnels du programme à partir de septembre. Elle visait aussi à assurer la continuité avec la coordination wallonne était donné le contrat de remplacement temporaire (congé de maternité de la coordinatrice). La perspective d'une poursuite du projet en 2024 a également été discutée à cette réunion.

Participant.e.s : Houria Bounouch, Céline Deville, Dorothee Mardaga, Laura Nothelier.

19 juillet 2023 (14h30-16h30) : Réunion RWLP avec Sophie Crapez, Coordinatrice de Asbl Comme chez nous (Namur)

Le RWLP a choisi de faire appel à Sophie Crapez, coordinatrice de l'Asbl Comme chez nous⁵ et psychologue de formation, pour réfléchir au programme et aux intervenants les plus appropriés pour répondre aux questions des CHW. Lors de cette rencontre, la compilation des questionnements a été présentée par Céline Deville. Il a été décidé de centrer le programme sur les trois premières thématiques identifiées par les CHW, qui rassemblent le plus de questions et permettent d'avoir une compréhension de base commune à tous les participants : les produits, les acteurs et la posture d'accompagnement. La thématique des assuétudes en lien avec les familles, a aussi été choisie.

Une première liste d'intervenants potentiels a été dressée, en prenant en compte les préférences des CHW et leurs demandes de rencontres. Enfin, il a été décidé que l'Asbl Comme chez nous interviendrait sur base de son expérience de terrain pour le séminaire consacré à la thématique de la posture d'accompagnement.

Participant(e)s : Sophie Crapez, Céline Deville, Christine Mahy.

1er septembre 2023 (13h30-14h30) : Réunion de préparation du comité d'accompagnement INAMI (visio)

Cette réunion avait un double but : (1) préparer la présentation du projet et de son avancement en vue du Comité d'accompagnement de l'INAMI prévu le 7 septembre ; et (2) une rencontre entre les « coordinatrices » assuétude dans les deux régions, suite à l'engagement de Debby Pauwels en Flandre.

Participant(e)s : Karen Mullié, Céline Deville, Debby Pauwels

7 septembre 2023 (13h-16h) – Comité d'accompagnement INAMI (Bruxelles)

Lors de cette réunion, chaque coordinatrice a présenté son travail d'accompagnement sur les assuétudes. Cette réunion nous a donné une vue d'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des assuétudes et nous a permis de réfléchir à de futurs partenariats, de mieux nous connaître et d'établir des contacts pour envisager d'autres collaborations.

Judi 14 septembre 2023 (9h30-16h30) – Séminaire 4 (Bruxelles)

La quatrième journée de séminaire s'est déroulée en quatre temps. En premier lieu, nous avons fait un tour de table de présentation, car de nouveaux CHW ont rejoint les équipes wallonnes et bruxelloise. Une nouvelle experte du vécu nous rejoignait également pour la première fois. Ensuite, une animation a été proposée par Céline Deville sur la thématique du « pouvoir des mots » et de l'importance d'utiliser un langage qui soit axé vers la personne, plutôt que la consommation. C'est suite à cette animation que nous avons choisi de faire attention au langage utilisé, et de ne plus utiliser le mot toxicomanie* pour décrire le projet d'accompagnement.

Ensuite, nous avons eu un temps d'échange avec Adrien Pierantonio, assistant social à l'Espace P⁶ de Liège et référent sur la question des assuétudes. Celui-ci a présenté les structures Espace P, les différentes modalités et lieux d'action de l'association ainsi que le travail effectué dans le cadre du projet INAMI sur les assuétudes. Cette intervention a permis d'identifier une série de croisements entre les thématiques des assuétudes et de la prostitution. Il a également permis de renforcer la connaissance et le réseau des CHW en lien avec l'accompagnement de travailleurs et travailleuses du sexe.

⁵ <https://asblcommecheznous.com/>, association membre du RWLP.

⁶ <https://espacep.be/>

Enfin, l'après-midi de séminaire a été consacrée à la question des drogues en elle-même, des produits, avec une intervention d'Eric Husson, coordinateur du projet Lama⁷ à Bruxelles. Cet acteur avait été identifié comme un des acteurs prioritaires à rencontrer par les CHW bruxellois. Éric Husson a d'abord introduit la consommation de produits en rappelant qu'il n'existe pas de société sans drogues, et qu'il est important d'appréhender les assuétudes de façon globale, en prenant en compte la personne, le produit et le contexte (triangle d'Olivenstein⁸). Il a insisté sur les différentes « fonctions » qu'un produit peut remplir dans la vie d'une personne, et l'importance d'identifier cette fonction dans l'accompagnement des personnes qui consomment. Il a ensuite proposé une animation basée sur les produits connus des CHW, et permettant de les classer en trois grandes catégories : les stimulants, les déprimeurs et les hallucinogènes. Il a ensuite fourni une série de ressources pour approfondir nos connaissances des produits et de leurs effets.

Ont participé à cette journée, pour le RWLP : Céline Deville et Olivier Vangoethem.

Mardi 3 octobre 2023 (9h30-16h30) – Séminaire 5 (Namur)

Le cinquième séminaire a quant à lui été centré sur une meilleure compréhension des acteurs dans le secteur des assuétudes, à travers une intervention de Pascale Hensgens, coordinatrice de la Fedito Wallonne⁹, ainsi qu'un travail de cartographie des acteurs par les CHW et les experts du vécu en fonction de leur territoire.

Sur base d'une animation participative faisant appel aux connaissances préalables des CHW, Pascale Hensgens a présenté les différents types d'acteurs représentatifs du secteur des assuétudes, en donnant des exemples concrets d'associations ou structures actives en Wallonie et à Bruxelles. Elle a également expliqué le fonctionnement des réseaux assuétudes sur le territoire wallon.

Suite à cette présentation, les CHW et les experts du vécu ont été répartis en fonction des zones géographiques où ils exercent leur fonction, et ont réalisé une cartographie des acteurs présents sur leur territoire. Leur travail s'est organisé autour des catégories représentées dans le « Guide santé mentale et assuétudes » du Réseau santé Namur¹⁰, qui permet de classer les acteurs en fonction des demandes ou besoins des publics cibles.

Pour clôturer la journée, chaque groupe de CHW et experts du vécu a présenté son travail, et plus particulièrement un acteur assuétude sur son territoire qu'il considérait utile de faire connaître à l'ensemble des CHW. Les cartographies ont ensuite été remises à Céline Deville, et doivent encore faire l'objet d'une numérisation et mise en page qui pourra être complétée et utile aux CHW dans l'exercice de leurs fonctions.

Ont participé à cette journée, pour le RWLP : Céline Deville, Olivier Vangoethem et Jeremy Kulumba (+ Soutien logistique d'autres collègues pour la préparation des salles, des pauses et repas).

[Reporté] Séminaire prévu initialement le 9 novembre

Le sixième séminaire était initialement prévu le 9 novembre à Bruxelles mais a été annulé pour cause de grève de train. Ce séminaire, qui devait être consacré à la question « comment être une ressource pour l'individu et sa famille », sera réorganisé dans le courant de l'année 2024, avec la participation d'une travailleuse de l'équipe du Projet Educatif Particulier (PEP) du RWLP, ainsi que le service Interstices du CHU Saint Pierre à Bruxelles, qui accompagne des parents usager.e.s de drogues¹¹.

⁷ <https://www.projetlama.be/index.php/fr/>

⁸ Pour une représentation du triangle d'Olivenstein, voir la page d'infodrogues : <https://infodrogues.be/informations/produits/tabac/>

⁹ <https://www.feditowallonne.be/>

¹⁰ <https://www.reseausantenamur.be/outils/guide-pratique>

¹¹ <https://interstices-stpierre.be/>

En lieu et place d'une journée de séminaire, les CHW et leurs coachs ont reçu par mail, en amont du 9 novembre, toute une série de ressources en lien avec les thématiques explorées lors des séminaires précédents, à savoir des ressources sur les produits, les acteurs du secteur assuétudes, le langage, et la prise en compte de la problématique dans sa globalité.

20 octobre 2023 (11h-12h) Réunion avec le service Experts du Vécu du SPP Intégration Sociale – (visio)

Cette réunion fait suite à l'engagement par le service Experts du Vécu d'une coordinatrice assuétudes (Catherine Cremers) et a permis de dégager une série de pistes de collaborations entre le RWLP, le projet CHW et le SPP Intégration sociale dans le cadre des projets d'accompagnement assuétudes de l'INAMI. Suite à cette rencontre, il a été convenu de poursuivre la collaboration, de par la participation d'expert.e.s du vécu aux journées de séminaire, ainsi que celle de Catherine Cremers, coordinatrice assuétudes. Il a également été convenu qu'un partage d'information sur le déroulement du projet et les ressources mobilisées serait favorable aux différentes parties.

Participant.e.s : Céline Deville, Annick Delepine, Catherine Cremers.

10 novembre 2023 (10h-12h) Réunion Plans d'actions 2024

Cette réunion visait à discuter des Plans d'actions pour l'année 2024 et de convenir de la suite de la collaboration entre le RWLP et le projet CHW pour la partie wallonne et bruxelloise du projet. Suite à cette réunion, le RWLP a rédigé un plan d'action qui a été remis au comité d'accompagnement du projet CHW ainsi qu'à l'INAMI. Ce plan d'action, en annexe de ce rapport, propose un fonctionnement similaire pour 2024, soit l'organisation d'une journée mensuelle de séminaire à destination des CHW et de leurs coachs ou coordinatrices, partant des besoins et priorités identifiés par les CHW.

Participant.e.s : Céline Deville, Karen Mullié, Debby Pauwels.

Mardi 5 décembre 2023 (9h30-16h) – Séminaire 6 (Namur)

La sixième journée de séminaire a donc finalement eu lieu le mardi 5 décembre à Namur, et était centrée sur la question de la posture et de l'accompagnement du public : comment instaurer une relation de confiance ? Quelle attitude adopter vis-à-vis d'une personne qui consomme ? Quelle communication ?

C'est l'Asbl Comme chez nous qui est intervenue lors de cette journée, avec deux travailleurs : Emmanuel Condé, responsable Promotion de la santé, et Mathieu Renard, responsable de l'accueil de jour Le Rebond. Ceux-ci ont d'abord présenté le travail de l'Asbl et ses différents axes d'intervention (accueil de jour, association de promotion du logement, service d'insertion sociale, et d'accompagnement des familles). Sur base d'un échange questions/réponses avec les CHW et experts du vécu, ils ont ensuite parlé de leur expérience dans l'accueil d'un public très précarisé en lien avec les assuétudes, en insistant sur le rôle de triangulation entre la personne et d'autres services, sur la notion du temps et la création d'un lien de confiance.

L'après-midi a été consacrée à un temps de retour, par les CHW, coachs et expert.e.s du vécu, sur cette première année d'accompagnement sur les assuétudes, à travers un questionnaire puis une discussion en grand groupe. Ce temps d'évaluation permettra de guider le contenu et l'organisation des rencontres prévues en 2024.

Parmi les thématiques prioritaires qui ont été identifiées par les CHW, nous pouvons citer (dans l'ordre d'importance) :

- Assuétudes et familles (parentalité-enfance, jeunesse ; champ de l'aide à la jeunesse, des maisons d'accueil pour adultes)
- Prévention et réduction des risques
- Approche et communication face à une problématique d'assuétude

- Assuétudes, logement, cohabitation, voisinage et sans-abrisme
- Assuétudes et justice et détention
- Assuétudes et migration, dont la réalité des personnes sans-papiers
- Assuétudes, santé physique et santé mentale ; relations avec le milieu hospitalier (urgences)

Ont participé à cette journée, pour le RWLP : Céline Deville et Jeremy Kulumba (+ Soutien logistique d'autres collègues pour la préparation des salles, des pauses et repas).

19 décembre 2023 (13h-14h30) Réunion avec les coordinatrices wallonne et bruxelloises du programme CHW de programmation de l'accompagnement assuétudes en 2024

Cette réunion a permis d'exposer le Plan d'action 2024, de discuter des priorités identifiées par les coordinatrices wallonne et bruxelloise du programme CHW et de fixer des dates de séminaire pour le premier semestre de l'année. Les dates qui ont été convenues sont :

- Le mardi 13 février 2024
- Le jeudi 14 mars 2024
- Le jeudi 4 avril 2024
- Le jeudi 16 mai 2024
- Le mardi 4 juin 2024

Ces dates ont été communiquées aux CHW et à leurs coachs. Des dates supplémentaires seront ajoutées en fonction de la disponibilité des intervenants qui sont envisagés à ce jour.

Participant(e)s : Houria Bounouch, Céline Deville, Dorothee Mardaga.

Activités annexes

Au-delà de toutes les activités citées ci-dessous, signalons que la partie wallonne du programme CHW et le RWLP ont également été amenés à collaborer à deux reprises, à travers :

Une journée d'animation et intervision à destination des CHW organisée par le RWLP à Namur le vendredi 8 septembre 2023 (9h30-16h).

La participation des Facilitateurs.trices en santé wallon.nes à la Journée mondiale de Lutte contre la Pauvreté le mardi 17 octobre 2023, et notamment la tenue d'un stand sur la place pour Agir par les CHW et leurs coachs. Dans ce stand, les CHW proposaient une animation à destination du grand public portant sur les difficultés d'accès à la santé (voir photo).



2.3. Suivi des objectifs et axes du projet

Comme nous l'avons rappelé en introduction de ce rapport d'activité, le projet d'accompagnement des CHW sur la thématique des assuétudes vise à répondre à 6 objectifs ou axes. Pour discuter de la façon dont les activités menées en 2023 ont permis de répondre à ces axes, nous les avons regroupés en trois catégories. Nous nous basons ici sur le rapport narratif qui précède, ainsi que sur les évaluations par les CHW et coordinateurs issues du séminaire 6.

Axe 1 : Elaborer un cadre de soutien pour les CHW dans la mise en œuvre d'interventions et d'actions dans le cadre desquelles ils sont confrontés au problème des assuétudes

Axe 6 : Accroître l'expertise du coordinateur et des coachs sur les questions d'assuétudes afin de mieux soutenir les CHW.

Ce sont les deux axes prioritaires qui ont été ciblés lors de cette première année du projet, puisque les séminaires organisés avaient pour but de permettre aux CHW :

- de se familiariser avec la thématique, de s'exprimer librement sur le sujet et de se questionner ;
- puis d'apporter une série de réponses vis-à-vis des questionnements et besoins qui ont été identifiés via des intervenants externes et le partage de ressources et outils.

Comme nous l'avons signalé plus haut, nous avons constaté que le niveau de connaissance et d'aisance des CHW vis-à-vis de la thématique des assuétudes était inégal, et il nous a donc semblé important de proposer des interventions qui permettent une compréhension de base commune à toutes et tous.

Dans l'évaluation de cette première année d'accompagnement, les CHW ont identifié une série de contenus qui leur ont été utile dans l'exercice de leur fonction :

- La déconstruction des stéréotypes véhiculés par la société
- Des clés pour approcher le public, aborder les personnes avec une meilleure communication, avec un vocabulaire adapté
- Les témoignages des facilitateurs en prévention des inégalités et des acteurs de terrain, les récits de vie étant identifiés comme une ressource importante pour mieux comprendre la réalité des personnes avec qui les CHW travaillent
- Une meilleure connaissance des produits et des acteurs sur chaque territoire

Les CHW insistent également sur l'importance de ces moments en équipe, qui leur permettent d'échanger sur leurs pratiques, les difficultés rencontrées sur le terrain, les petites et grandes victoires. Cela avait déjà été mis en évidence lors de l'évaluation des interventions organisées dans le cadre du partenariat précédent entre le programme CHW et le RWLP. Les CHW soulignent également l'intérêt de se rencontrer au-delà des équipes régionales, entre Wallonie et Bruxelles, et l'intérêt de la participation des coachs et coordinatrices à ces journées.

Plusieurs CHW indiquent cependant qu'ils attendent plus de contenu « théorique » en 2024, et au-delà de l'exploration de nouvelles thématiques en lien avec les assuétudes, ils demandent également d'approfondir leurs connaissances sur les thèmes déjà traversés : les produits, les acteurs, la communication. Il faudra également être attentif aux personnes qui rejoignent les équipes, afin que les séminaires organisés répondent aux besoins de l'ensemble du groupe.

Axe 4 : Recueillir les signaux des facilitateurs en santé/CHW en matière d'assuétudes

Lors de cette première année, nous avons choisi de recueillir en premier lieu les questionnements et besoins identifiés par les CHW eux-mêmes sur la thématique des assuétudes, plutôt que sur les signaux structurels qu'ils peuvent identifier.

Cette orientation visait à proposer un accompagnement qui soit en concordance avec les besoins et réalités que rencontrent les CHW au quotidien dans l'exercice de leur fonction.

Les journées de formation/intervision et les échanges qu'ils ont produits nous permettent cependant d'identifier quelques premiers constats et signaux qui sont présentés dans la section qui suit. En 2024, une ou plusieurs journées de séminaire seront explicitement consacrées au recueil des signaux structurels et aux recommandations qui en découlent.

Axe 2 : Partenariats dans le secteur de la santé mentale, liés au thème du développement des assuétudes et assurant le suivi.

Axe 3 : Participer aux réseaux existants de lutte contre les assuétudes

Axe 5 : Construire des ponts avec les initiatives déjà connues sur le terrain, à la fois les partenaires du livre blanc du projet et les partenaires en dehors du livre blanc des projets

Enfin, cette première année d'accompagnement sur les assuétudes a permis de construire des ponts entre le programme CHW et plusieurs acteurs, au-delà de la collaboration renforcée avec le RWLP. Citons en premier lieu les intervenants des séminaires assuétudes, qui sont issus du secteur social ou des assuétudes. Une attention particulière a été placée dans le choix de ces intervenants, afin de varier les zones d'interventions dans lesquelles ils agissent et ainsi de permettre aux CHW des différentes régions de rencontrer des partenaires potentiels sur leur terrain. Lors de cette première année d'accompagnement, ils ont donc pu rencontrer des acteurs de :

- Bruxelles : le projet Lama.
- Liège : Espace P et Sortir du bois.
- Charleroi : Comme chez nous Asbl.
- Région Wallonne : La Fédito.

En 2024, nous veillerons à continuer à varier les intervenants, et tenteront d'inclure des acteurs des régions non-couvertes jusqu'à présent (Verviers et la communauté germanophone).

Lors de ces rencontres, les CHW ont systématiquement présenté leur travail aux intervenants, ce qui permet également de faire connaître cette « nouvelle profession » à des professionnels des secteurs de la santé ou du social, avec lesquels ils sont amenés à entrer en contact. Cela permet aussi de clarifier le rôle de chacun, et d'explorer les complémentarités entre les services, ce qui nous semble être une facette importante du travail d'accompagnement des CHW. Ces derniers ont en effet une approche généraliste dont les contours sont parfois difficiles à cerner. De par ces rencontres avec des acteurs spécialisés dans l'accompagnement de publics spécifiques, des partenariats peuvent se créer afin de fluidifier la fonction de « lien » des CHW entre le publics et les services existants.

Le travail de cartographie des acteurs assuétudes participe également à la réalisation de ces objectifs, et a été jugé utile dans la pratique par plusieurs CHW. Ceux-ci soulignent en effet l'intérêt d'être outillé.e de la liste des services existants à proximité, ou même plus éloignés, qui peuvent servir de ressource. Certains demandent à rencontrer plus d'acteurs du secteur des assuétudes en 2024, et une nouvelle liste d'intervenants potentiels a été extraite des évaluations.

La participation d'expert.e.s du vécu aux séminaires d'accompagnement assuétudes a également permis de créer ou renforcer les partenariats entre ces deux types de professionnels sur le terrain. Plusieurs CHW indiquent que cela leur a permis de collaborer à plusieurs reprises dans le suivi de dossiers, et de faciliter le dénouement de certaines situations. Au-delà de ces contacts réguliers qui sont établis, notons la bonne collaboration entre le service des experts du vécu du SPP IS et le RWLP dans le suivi et l'échange de ressources et informations sur l'accompagnement assuétudes des équipes.

Enfin, nous constatons que certains CHW participent déjà aux réseaux existants de lutte contre les addictions, notamment à Bruxelles. Le RWLP se propose de faciliter de nouvelles rencontres entre acteurs addictions, coachs et CHW des différents territoires en 2024, afin de formaliser davantage de collaborations de terrain.

2.4. Premiers signaux et recommandations

Comme nous venons de l'exposer, la récolte des signaux structurels n'a pas été au centre du travail d'accompagnement addictions lors de cette première année du projet. Nous pouvons cependant dégager une série de premiers constats de terrain, issus des échanges avec les CHW et les intervenants :

- Rappelons d'abord la connaissance et l'aisance inégales des CHW vis-à-vis de la thématique des addictions, qui démontre un besoin d'accompagnement de ces professionnels vis-à-vis d'un public qui consomme.
- Un constat central est la complexité du secteur des addictions (et plus largement, des secteurs de la santé et santé mentale), qui est peu lisible pour des professionnels et, par conséquent, pour le public. L'absence d'une cartographie d'ensemble du secteur participe à ce manque de lisibilité et visibilité. Cette cartographie existe sur certains territoires, et pas d'autres.
- Une telle cartographie mériterait cependant de couvrir un territoire plus large (région ou pays) car les témoignages entendus révèlent l'importance de pouvoir rediriger les personnes vers une diversité de services, en fonction du type de produit consommé, de la situation de la personne mais également des besoins exprimés. Un de ces besoins est la nécessité de « s'extraire » du milieu de vie, de se décentrer en sortant d'un territoire (où la consommation est par exemple « trop facile » d'accès pour une personne bien connectée). Face à une telle demande, une cartographie globale des services – notamment résidentiels – est une ressource incontournable.
- Une cartographie de ce type révélerait également le peu (voire l'absence) d'acteurs addictions sur certains territoires, comme c'est le cas en communauté germanophone. Pour les CHW, l'inexistence de services adaptés est évidemment un frein structurel dans l'exercice de la fonction de lien, de triangulation entre les personnes et le système de santé.
- Sur les territoires des grandes villes, où les services sont plus diversifiés, les CHW constatent également que certains services sont saturés et que les travailleurs manquent de temps pour l'accompagnement des personnes. Lorsqu'une personne souhaite être aidée, il est souvent difficile de trouver un service capable de le faire immédiatement, ce qui peut amener la personne à rétro-pédaler.
- Les CHW sont en demande de davantage de contenu sur la problématique des addictions en lien avec d'autres thématiques : logement, sans-abrisme, jeunesse, migration, sortie de prison et d'institutions diverses. Cela révèle l'enchevêtrement entre la consommation et les conditions de vie et d'existence, et la vulnérabilité des publics rencontrés. Cela démontre le besoin de davantage d'actions structurelles et préventives, qui agissent sur ces conditions de vie et d'existence des personnes concernées. Les personnes qui vivent dans « le trop peu de tout » ont peu d'emprise sur leur propre santé, et bien qu'elle soit une préoccupation centrale, elle peut être devancée par toutes sortes de préoccupations et de besoins matériels et de base qui vont être logiquement prioritaires, tels que le paiement du loyer ou l'alimentation des enfants. Face à des personnes qui vivent des telles situations, le travail des CHW est complexe, car il navigue entre accès aux soins de santé et action sur l'ensemble des déterminants de la santé.
- Nous notons également un décalage entre :
 - o Le discours des acteurs du secteur addictions et des experts sur le sujet, y compris l'expertise du vécu, qui mettent en avant le besoin d'écoute, d'accompagnement, la nécessité de prendre en compte la personne dans son contexte, d'identifier la fonction du produit dans la vie des personnes pour permettre de sortir du cycle de la

consommation, et d'une politique de prévention, d'accompagnement et de réduction des risques qui soit soutenante et non-stigmatisante ;

- Et des discours médiatiques et politiques largement diffusés, ainsi que des actions répressives qui mettent en exergue la consommation avant la personne, entretiennent la stigmatisation, les préjugés, la peur vis-à-vis de personnes usager.e.s de drogues et les renvoient à leur responsabilité individuelle face à la consommation.

Enfin, signalons qu'une préoccupation constante des CHW semble être liée à la mobilité, et ce tant dans leur accompagnement du public vers des services de santé (manque de moyens et de services permettant d'accompagner physiquement des personnes, surtout lorsque ces dernières ne peuvent se déplacer en transports en commun), que dans leur mobilité personnelle (préfinancement des tickets de train pour les déplacements dans le cadre de l'accompagnement assuétudes, qui peut être un budget conséquent pour les travailleurs). Ces questions doivent continuer de faire l'objet d'une réflexion au sein du programme CHW, afin d'apporter les solutions les plus adaptées possibles.

ANNEXES

Annexe 1 - Rôles du coordinateur fédéral et du coordinateur régional - en détail

Les rôles du **coordinateur fédéral** sont les suivants :






- Élaborer un plan d'action en collaboration avec l'équipe de projet
- Veiller à ce que toutes les composantes du programme soient traitées, organisées et progressent selon des calendriers prédéfinis.
- Suivre la réalisation des étapes du programme et de la qualité
- Attribuer des rôles et des tâches aux membres de l'équipe en fonction des points forts et des capacités de chacun.
- Aider à l'attribution des tâches aux parties concernées, telles que les coachs et les CHW, et vérifie régulièrement l'état d'avancement des travaux.
- Promouvoir une bonne coopération entre les différentes mutuelles et assurer la cohérence entre les régions
- Suivre le budget du programme
- Motiver les employés et coordonner ou gérer l'équipe de projet
- Rendre compte au sponsor
- Organiser et préparer les réunions du comité de pilotage
- Signaler les dépassements de calendrier et de budget au comité de pilotage et au commanditaire.
- Informer et rendre compte au comité de pilotage
- Rapporter à mi-parcours au comité d'orientation
- Assurer le suivi avec I.M., qui fournit des services de soutien en matière de RH, de DPO et d'informatique pour le programme, et constitue le premier point de contact pour I.M.
- Servir d'intermédiaire pour les partenaires externes au niveau fédéral et rechercher activement d'éventuelles collaborations.
- Prendre la direction de l'élaboration d'une vision pour l'avenir en co-création avec l'équipe de projet, le sponsor et le comité de pilotage

Les rôles définis pour le **coordinateur régional** sont les suivants :


- Co-créer un soutien pour le programme et assumer le rôle d'ambassadeur pour le programme, à la fois de manière intermittente et vis-à-vis d'acteurs externes.
- Ajouter de l'expertise à l'équipe de projet
- Contribuer à la réalisation de l'ambition et des objectifs du programme
- Participer à l'élaboration et à la réalisation d'un plan d'action
- Motiver et coordonner les CHW et les coachs dans sa région.
- S'engager à collaborer au niveau méso et à soutenir et renforcer les coachs dans la mise en place d'un réseau de collaboration au niveau local
- Diriger les coachs
- Suivre l'évolution du programme dans sa région et en rendre compte au coordinateur fédéral.
- Assurer le suivi de la réalisation des tâches assignées aux coachs et/ou aux travailleurs sociaux pour sa région et vérifie régulièrement l'état d'avancement des travaux
- Résoudre tout problème ou revers survenant au cours du programme dans sa région.



- Peut prendre des décisions pour sa région dans le cadre de l'autonomie qui lui est accordée
- Participer à l'équipe de projet et collaborer à des initiatives interrégionales.
- Veille à ce que les réalités régionales soient dûment prises en compte dans le cadre fédéral du programme
- Promouvoir une bonne coopération entre les différentes mutuelles au niveau régional
- Assurer l'interaction intra- et interrégionale en organisant, entre autres, des moments d'intervision conjoints pour les coaches et les CHW.
- Assurer le suivi du budget alloué au niveau régional et signaler les dépassements au coordinateur fédéral.
- Faire rapport à mi-parcours au coordinateur fédéral et participer activement à l'équipe de projet.
- Assurer le suivi structurel des données provenant de l'outil d'enregistrement, procéder aux ajustements nécessaires et fournir régulièrement des rapports à l'équipe de projet.
- Participer au comité d'orientation des rapports intermédiaires pour sa région à la demande du coordinateur fédéral.
- Servir d'intermédiaire pour les partenaires extérieurs au niveau régional et suprarégional

Annexe 2 - Tableau "Les Community Health Worker sous les projecteurs" (CHWs in the spotlight)

Date	Qu'est-ce que c'est ?	Public	Lien (si disponible)
07.02.2023	Un prix a été décerné aux CHWanversois lors du gala des Reuskens d'or à Borgerhout.	Le public de Borgerhout	
21.02.2023	Une présentation (+- 20 minutes) du programme CHW sur le webinaire 'Les midis scientifiques' de Be.Hive par le coordinateur fédéral et l'équipe CHW de Bruxelles.	Le public cible comprenait des chercheurs ainsi que des professionnels de première ligne, des membres d'AViQ, de Brusano, etc.	
28.02.2023	Une présentation du programme CHW lors de l'événement Weconnect de Solidaris, donnée par le coordinateur flamand et un CHW.	Employés Solidaris Flandres	
janvier-juin 2023	Un article sur le fonctionnement des CHWà Ostende, basé sur un entretien avec deux CHW, dans la presse écrite régionale : le premier magazine semestriel de 2023 de la SAAMO Flandre occidentale.	Lecteurs SAAMO Flandre occidentale	
25.03.2023	L'équipe CHW de Tirlemont a remporté le prix de la diversité culturelle 2023. Ce prix a été décerné dans la catégorie "organisation contribuant à une Tirlemont diversifiée, participative, inclusive et respectueuse". Au total, plus de 900 habitants de Tirlemont ont voté.	Les habitants de Tienen	
01.05.2023	Publié sur le site du CBCS : un entretien avec Fanny Wacket, CHW Brussels. Titre de l'article : "Des Community Health Workers pour pallier au non-recours ?	Site web des lecteurs CBCS	

<p>22- 24.05.23</p>	<p>Différentes formes de résultats concernant le programme CHW à la conférence internationale sur les soins intégrés (ICIC23)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Atelier</u> : "Les community health worker, bâtisseurs de ponts vers les soins intégrés ? Avec plusieurs intervenants : un agent de santé communautaire, des membres de l'équipe du programme des agents de santé communautaire, Logo Anvers (Health Kiosk), Academy of Primary Care et Be. hive. ● <u>Présentation</u> : "Les community health worker améliorent l'accès aux soins de santé pour les personnes vivant dans des conditions vulnérables en Belgique". Résultats de l'étude photovoice année 1 ● <u>Vidéo</u> : "CHW en Belgique" Courte vidéo montrant un /CHW sur la route pendant son travail quotidien. 	<p>Universitaires, responsables politiques, acteurs de la santé, etc.</p>	
<p>23.05.2023</p>	<p>Une présentation et une table ronde par et avec le coordinateur flamand du CHW lors de l'événement virtuel "Intersectionality and healthcare lessons learned from Resistiré" dans le cadre de la Semaine européenne de la santé publique 2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Une brève présentation du programme CHW et de votre rôle dans ce projet ; ● Les leçons tirées du projet (en particulier les pratiques prometteuses qui pourraient être reprises par d'autres organisations/parties prenantes/pays). 	<p>Organisations et universitaires engagés autour des groupes vulnérables et des soins de santé</p>	

01.06.2023	Présentation de Caroline Masquillier au ' <i>CHW Indicators Project advisory board in the United States (CDC and WHO funded project)</i> ' - dans la série 'The Power of Measuring Well Being' Une série régulière de présentations par des sites utilisant les indicateurs communs CHW.		
13-15.06.2023	Participation de Caroline Masquillier (chercheuse à l'UA) au <i>Global Community Health Annual Workshop - Third Edition</i> . Elle a représenté le programme CHW dans la session 'Voices from the field'.	Universitaires, décideurs politiques, professionnels de la santé et parties intéressées.	
13.06.2023	Participation du coordinateur flamand en tant que représentant du projet CHW et expert invité à un atelier sur la protection juridique des personnes âgées fragiles, organisé dans le cadre de Resisteré.	Organisations et universitaires axés sur les groupes vulnérables et les soins de santé	
12-15.11.2023	Présentation d'un poster à la <i>conférence de l'American Public Health Association</i> <ul style="list-style-type: none"> ● Titre de l'affiche : "Apprentissage réciproque entre les États-Unis et la Belgique : élaboration d'indicateurs pour les projet CHW dans le monde entier" ● Poster des auteurs : Keara Rodela ; Noelle Wiggins ; Celeste Sanchez Lloyd ; Iuliia Volokha ; Hilal Tuncyurek ; Olivier De Rycke ; Bendict Mayuku ; Yousra Ben Hassoune ; Amina Faris ; Bino Yousef ; Megan Hubert ; Manon Vanuytrecht ; Meriam Ajouaoui ; Maité Clippe ; Alicia Sculteur ; Jef Claeys ; Karen Mullie ; et Caroline Masquillier. 		

23.11.2023	Présentation au séminaire 'Migration et santé mentale' (organisé par l'Institut de Médecine Tropicale et l'Université d'Anvers). Présentation du projet CHW et de l'initiative 'Ericare', thérapie de groupe autour de la migration, du traumatisme et de la résilience en tigrinya et en néerlandais, résultant de la collaboration de l'équipe CHW de Gand avec Open Netwerk VZW.	Chercheurs, prestataires de soins de santé, décideurs politiques, représentants d'ONG, parties intéressées.	
28.11.2023	Présentation "Collaborations entre les CHW et les soins primaires" par Hanne Apers (Université d'Anvers) et Iuliia Volokha (ASC de Tirlemont) lors de la conférence "First Line".	Prestataires de soins primaires, chercheurs, décideurs politiques, etc.	
Tout au long de l'année 2023	Les CHW et les coachs présentent régulièrement le projet CHW aux partenaires de coopération potentiels (ASBL, centres de santé communautaires, services CPAS, etc.)		
Tout au long de l'année 2023	Les équipes CHW disposent de plusieurs pages de médias sociaux, telles que des pages Facebook et LinkedIn, pour diffuser des informations au niveau local dans les villes où elles opèrent et auprès de leur public cible.		

Annexe 3 - Tableau des cours (catégorisation thématique)

Date	Titre et contenu	Durée de l'accord	Région	Localisation	Les participants	Formation par
Cours de formation						
01.02.2023	Différences sociales dans la vaccination Covid-19	1 heure	Bruxelles	En ligne	2 relais communautaires	HELICON
17.02.2023	Le système de santé danois : un paradigme différent en matière de santé publique. L'expérience danoise de l'intégration des soins de santé en tant que question de politique locale.	2 heures	Bruxelles	En ligne	2	Association ESPT
24.03.2023	Regroupement familial	8 heures	Wallonie et communauté germanophone	CRIC Gilly	1 CHW	Centre Régional d'Intégration Charleroi (CRIC)
28.03.2023	Immencité/rue de la bascule : un outil pédagogique autour de la perte d'un logement	4 heures	Wallonie et communauté germanophone	Verviers	3 relais communautaires et 2 accompagnateurs	
31.03.2023	Formation en droit de l'immigration	8 heures	Wallonie et communauté germanophone	CRIC Gilly	1 CHW	CRIC
07.04.2023	Assistance sociale et emploi	8 heures	Wallonie et communauté germanophone	CRIC Gilly	1 CHW	CRIC
25.09.2023	Introduction à la sécurité sociale	3 heures	Wallonie et communauté germanophone	Solidaris	3 relais communautaires	Isabelle Moreau
Formation clinique et pratique						

07.02.2023	Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer	8 heures	Wallonie et communauté germanophone	Hôpital Vesale	2 relais communautaires	
09.03.2023	Approche fondée sur le genre dans le travail social (soutien aux femmes sans-abri)	½ journée	Bruxelles	Bruxelles	2	CPAS Saint-Gilles
15.03.2023	Problèmes de logement et de santé mentale contre addictions, une comparaison impossible ?	8 heures	Wallonie et communauté germanophone		L'équipe du CEP	
04.04.2023	Agir pour prévenir le tabagisme	½ journée	Bruxelles	Liège	2	FARES
04.04.2023	Formation à la prévention du tabagisme	8 heures	Wallonie et communauté germanophone	Liège	1 CHW	
20.04.2023	Jeux de hasard et autres dépendances : apprendre les services par le jeu	2 heures	Wallonie et communauté germanophone	La Maison d'Adolescent	L'équipe du CEP	
27.04.2023	Une vie digne	8 heures	Wallonie et communauté germanophone	Bruxelles	4 relais communautaires et 1 coach	
30.05.2023	Une matinée autour de la santé mentale à Bruxelles-Est	½ journée	Bruxelles	Bruxelles	1	Antenna East Brussels et les réseaux Brumenta et Bru-Stars
31.05.2023	Prévention du tabagisme	8 heures	Wallonie et communauté germanophone	Verviers	1 CHW	
18, 19 et 20.09.2023	Cours de premiers secours de base	3 jours	Wallonie et communauté germanophone	Bruxelles	1 CHW	FEBI
08.09.2023	Réunion d'information sur la démence RZ Tienen		Flandre	Tirlemont	2 relais communautaires	LDC Sint-Alexius

25.09.2023 (NM)	Prévention du suicide	½ journée	Flandre	Roeselare	9 relais communautaires et 2 accompagnateurs	CGG - SP Flandre occidentale
29.09.2023	Éducation sur les toxicomanes et la vulnérabilité (communication entre les travailleurs sociaux et les toxicomanes, briser les stéréotypes, abaisser les barrières, etc.)		Bruxelles	Bruxelles	2	Projet Lama à travers le Comité 0.5
17.10.2023	Formation sur la santé mentale et la vulnérabilité (apprendre à mieux communiquer avec ce public)	½ journée	Bruxelles	Bruxelles	2	Entr'Aide des Marolles, via le Comité 0,5
1.12.2023	Formation sur la prise en charge des personnes âgées isolées	½ journée	Bruxelles	Bruxelles	2	ZOOM senior via le comité 0,5
S'orienter dans le système de santé						
1 x/mois	Dossier médical numérique	1u30	Bruxelles	En ligne	4	Réseaux de santé Bruxelles
23.03.2023	Assurance obligatoire	8 heures	Wallonie et communauté germanophone	Solidaris	L'équipe du CEP	Solidaris, M. Ravagni
26.05.2023	Santé mentale : vue d'ensemble des possibilités de soutien sur la ligne 1 ^e	1 heure	Bruxelles	En ligne	2	Brusano
13.06.2023	Santé en ligne et réseau de santé de Bruxelles : l'essentiel	1 heure	Bruxelles	En ligne	1	Réseau bruxellois de santé
13.11.2023	Accès aux soins de santé pour les étrangers	4 heures	Wallonie et communauté germanophone	Liège	6 relais communautaires	
Soutien et formation à l'autogestion						
07.09.2023	Un lien solide par la parole	1 jour	Flandre	Bruxelles	14 ASC	FEBI

07.09.2023	Techniques d'entretien	1 jour	Flandre	Genk	4 ASC	Formation interne (IM)
20.09.2023	Formation des témoins	½ journée	Flandre	Genk	1 CHW	
25.09.2023, 13.11.2023 et 11.12.2023	Intervention sur le thème de l'accessibilité et de l'accueil	2 heures	Bruxelles	Bruxelles	1	Entr'Aide des Marolles, via le Comité 0,5
16.11.2023	Formation "et qu'en pensez-vous ?" par le CM (utilisation des outils d'animation du CM pour la sensibilisation à la santé)	½ journée	Bruxelles	Bruxelles	12	CM Avenue Anspach
Développement personnel						
27.04.2023	Compétences psychosociales	8 heures	Wallonie et communauté germanophone	Verviers	2 relais communautaires	
25.09.2023 (NM) 03.10.2023 (VM)	Comment organiser une intervention ?	1 jour	Flandre	En ligne	Entraîneurs	FEBI
06.10.2023	Prendre le temps de gérer son temps" - cours de gestion du temps	1 jour	Toutes les régions			Guillaume Beyens
Recherche						
	Outil d'enregistrement des formations					

Autres						
9.09.2023 (Ostende) 03.10.2023 (Hasselt et Tirlemont) 09.10.2023 (Anvers)	Excel/Outlook	1 jour	Flandre	Ostende, Anvers, Hasselt et Tirlemont	20 CHW	
07.03.2023	Formation Prime Time (outil RH)	1 heure	Wallonie et communauté germanophone	Les équipes	Coach + équipe du CEP	Déborah Fadili
27.11.2023	Informatique : formation de base à Outlook, Word et Excel	4 heures	Wallonie et communauté germanophone	Seraing	6 CHW	
29.11.2023	Informatique : formation de base à Outlook, Word et Excel	4 heures	Wallonie et communauté germanophone	Seraing	6 CHW	
11.12.2023	Informatique : formation de base à Outlook, Word et Excel	4 heures	Wallonie et communauté germanophone	Seraing	6 CHW	