

RAPPORT DE RECHERCHE 2025

Le développement d'une Theory of Change dans le programme Community Health Workers





Le développement d'une Theory of Change dans le programme des Community Health Workers

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

= développement d'une Theory of Change (ToC) : un cadre partagé, fondé sur des bases scientifiques*, qui représente (visuellement) ce que le programme vise à atteindre, comment il entend y parvenir et comment il est possible d'évaluer son fonctionnement. Une ToC est développée de manière participative et ne constitue pas un point final statique, mais un outil de travail évolutif pour l'avenir.

MÉTHODOLOGIE

- Développement de la ToC au cours de **4 ateliers**, avec deux groupes :
 - une représentation de CHWs et de responsables d'équipe
 - des coordinateurs et un représentant du comité de pilotage
- Chaque atelier s'est appuyé sur le précédent et, lors d'un **atelier final commun**, une ToC finale a été validée.

RÉSULTATS

Étape 1 : Vers quoi le programme CHW souhaite-t-il évoluer à long terme ?

- | | |
|--|---|
| 1 Le CHW est un acteur reconnu du paysage de la santé | 3 Les CHWs sont reconnus au niveau politique |
| 2 L'accès au continuum de soins est pleinement garanti via le CHW | 4 Les CHWs sont représentés dans toute la Belgique |

Étapes 2 et 3 : Quelles étapes intermédiaires sont nécessaires ?

→ Identification d'objectifs à court terme distincts, de stratégies et d'activités pour chaque objectif à long terme

EXEMPLE D'OBJECTIF À LONG TERME 1

OBJECTIFS À COURT TERME

Accroître la notoriété auprès des citoyens ainsi que des organisations de santé et sociales ; discuter régulièrement des chiffres, des signaux et des résultats ; ...

STRATÉGIES & ACTIVITÉS

Diversifier les canaux de communication ; évaluer, renforcer et élargir la visibilité ; évaluer et (poursuivre) le développement des collaborations ; ...

Étapes 4 et 5 : Quels facteurs influencent le fonctionnement ?

Hypothèses sous-jacentes

= idées sur la manière dont et pourquoi certaines actions mèneront aux résultats souhaités

→ La discussion montre l'importance d'une formulation concrète des objectifs, de l'opérationnalisation des concepts utilisés, ainsi que de l'influence des conditions-cadres et du contexte sur l'interprétation et l'atteinte des objectifs.

Facteurs externes & risques

→ Financement & moyens de fonctionnement // Notoriété // Contexte politique // Digitalisation

Étape 6 : Comment vérifier si les objectifs sont atteints ?

→ Première étape dans le développement d'**indicateurs spécifiques, réalistes, intégrés dans le fonctionnement quotidien**

RECOMMANDATIONS

- | | |
|---|--|
| 1 Faire de la ToC un processus itératif | 4 Délimiter les activités clés dans la ToC tout en laissant une marge de flexibilité locale |
| 2 Développer un cadre clair pour les responsabilités et la prise de décision au sein de la ToC | 5 Renforcer la communication entre la coordination, les responsables d'équipe et les CHWs |
| 3 Utiliser la ToC comme point de départ d'un cadre d'évaluation | 6 Rétablir des formes de collaboration horizontales et interactives |

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement les community health workers, les responsables d'équipe, les coordinateurs et le représentant du groupe de pilotage intermutualiste pour leur participation à la recherche.

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

Veillez-vous référer au rapport sous la dénomination :

Apers Hanne, Wouters Edwin & Masquillier Caroline, Onderzoeksrapport 2025 – De ontwikkeling van een Theory of Change in het Community Health Workers-programma, Université d'Anvers : Anvers, 32 p., DOI : 10.63028/10067/2212610151162165141

Illustration de couverture

Gheleyne Bastiaen, www.gheleynebastiaen.be

Sommaire

1	Introduction	5
1.1	Processus d'élaboration de la ToC.....	5
1.2	Processus participatif.....	6
1.3	Cadre d'évaluation	7
1.4	Application de la ToC dans le cadre du programme CHW	7
2	Méthodologie	8
2.1	Sélection des participants	8
2.2	Collecte de données	8
2.3	Analyse des données.....	9
2.4	Procédure éthique.....	10
3	Résultats	11
3.1	Objectifs à court et long terme, stratégies et activités	11
3.1.1	Objectif à long terme 1	11
3.1.2	Objectif à long terme 2	13
3.1.3	Objectif à long terme 3	14
3.1.4	Objectif à long terme 4	15
3.2	Indicateurs.....	17
3.3	Hypothèses sous-jacentes et facteurs (de risque) externes.....	19
3.3.1	Hypothèses sous-jacentes	19
3.3.2	Facteurs externes et risques	20
4	Discussion	21
4.1	Défis liés à la poursuite de l'élaboration de la ToC dans le cadre du programme CHW.....	21
4.1.1	Points d'attention pour la conceptualisation de la ToC.....	21
4.1.2	Thèmes de discussion de fond.....	22
4.2	Mise en situation des résultats dans un contexte scientifique plus large.....	23
4.2.1	La ToC comme cadre d'orientation.....	23
4.2.2	La ToC comme outil de travail dynamique et participatif	24
4.2.3	La ToC comme cadre d'évaluation	25
4.3	Points forts et limites de la recherche.....	26
4.3.1	Points forts.....	26
4.3.2	Limites.....	26
5	Recommandations.....	27
6	Références.....	30

1 Introduction

Le présent rapport de recherche décrit la méthodologie et les résultats de l'élaboration d'une Theory of Change (ToC) dans le cadre du programme Community Health Workers (CHW) belge. Une Theory of Change est un cadre de réflexion structuré qui décrit comment et pourquoi un programme est censé aboutir à certains résultats (Breuer et al., 2016 ; Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020 ; De Silva et al., 2014). Elle explicite les changements recherchés, les étapes et les hypothèses, ainsi que la manière dont ces éléments sont interreliés (The Center for Theory of Change, 2019). En cartographiant systématiquement ces relations, une Theory of Change contribue à une compréhension et à une coordination partagées entre les acteurs concernés. En outre, elle forme un cadre de référence pour la réflexion, l'apprentissage et l'évaluation au cours de la mise en œuvre en clarifiant les mécanismes qui devraient conduire au changement (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). La Theory of Change est dès lors largement utilisée lors de la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'intervention complexes.

1.1 Processus d'élaboration de la ToC

Pour élaborer une ToC, le « backwards mapping » (la cartographie inversée), c'est-à-dire par étapes récurrentes, est utilisé pour créer un schéma visuel de la manière dont les activités au sein d'un programme contribuent à l'impact visé (« change » [changement]) et aux objectifs du programme (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). Au cours d'un processus de réflexion interactif avec différents acteurs du programme, les objectifs à long terme sont d'abord déterminés (The Center for Theory of Change, 2019). Ensuite, ce sont les étapes intermédiaires et les conditions nécessaires pour atteindre ces objectifs qui sont examinés ensemble, ainsi que la manière dont les différents éléments sont interreliés. Des objectifs concrets à court terme sont ainsi formulés, suivis des stratégies nécessaires pour les atteindre et des actions concrètes à mettre en œuvre pour y parvenir. La cartographie visuelle de toutes les composantes et de leurs interrelations permet d'avoir une vue d'ensemble claire des actions déjà en cours et des efforts supplémentaires nécessaires pour atteindre les résultats (intermédiaires) escomptés et les objectifs du programme.

Outre la cartographie de ce processus de changement, des indicateurs sont également définis : des éléments mesurables qui reflètent la mesure dans laquelle les objectifs sont atteints (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020 ; The Center for Theory of Change, 2019). Ces indicateurs permettent le suivi et l'évaluation du programme. Dans une dernière étape, les facteurs susceptibles d'influencer la réalisation des objectifs sont examinés. Il s'agit de réfléchir aux hypothèses qui sous-tendent le programme : les hypothèses sous-jacentes sur la manière dont certaines actions conduiront aux résultats souhaités et pourquoi. En outre, il est également tenu compte des circonstances ou événements extérieurs susceptibles d'influencer le fonctionnement du programme ou d'entraver la réalisation des objectifs, mais qui échappent au contrôle direct du programme.

À l'étape finale, ces éléments sont ajoutés à la représentation visuelle (Breuer et al., 2016) comme le montre également l'exemple schématique d'une ToC à la figure 1.

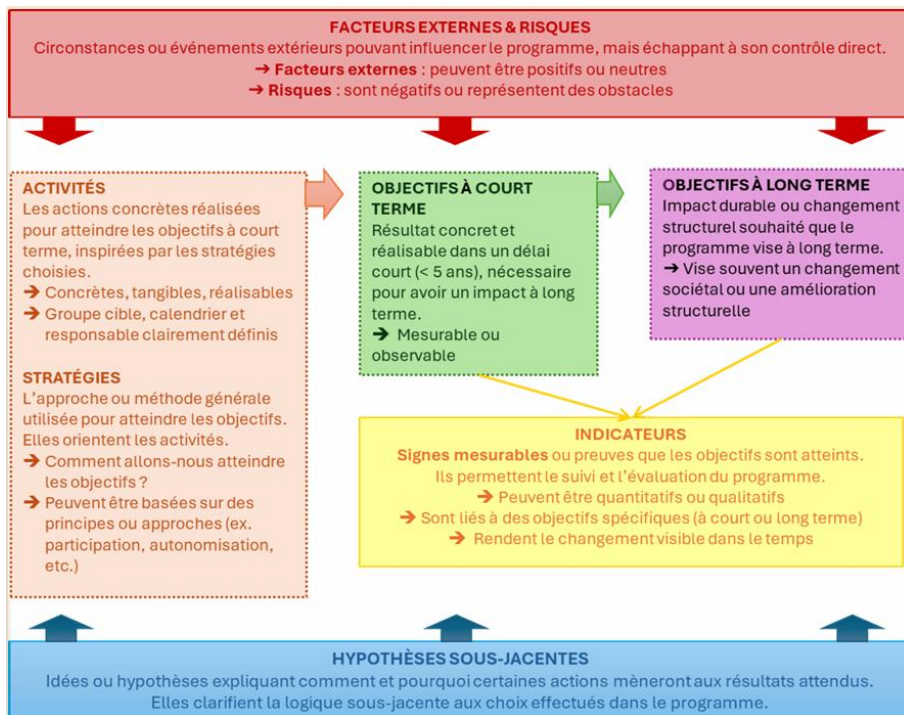


Fig. 1 Représentation schématique et visualisée d'une Theory of Change

Le résultat d'un processus d'élaboration d'une ToC n'est pas un point final fixe, mais un outil dynamique : un cadre de réflexion orienté et structuré qui peut être constamment revu et adapté à l'évolution du contexte dans lequel un programme opère (Belcher et al., 2020 ; Breuer et al., 2016 ; Casseti & Paredes-Carbonell, 2020). Par conséquent, une ToC est idéalement élaborée au cours de la phase de planification initiale d'un programme et ajustée en permanence pendant la mise en œuvre du programme (Breuer et al., 2016). Cependant, dans la pratique, en partie pour des raisons financières, il n'y a souvent que peu ou pas de temps et d'espace pour ce faire (Mackenzie & Blamey, 2005) et une ToC n'est souvent élaborée qu'à une phase ultérieure du programme.

1.2 Processus participatif

Une valeur ajoutée importante de l'élaboration d'une ToC est qu'elle encourage une approche participative, dans laquelle les différents acteurs du programme réfléchissent ensemble aux actions et aux mécanismes qui contribuent à son efficacité (Casseti & Paredes-Carbonell, 2020). L'implication de ces acteurs est essentielle, car leurs perspectives et leur expérience permettent d'obtenir une image nuancée des dynamiques contextuelles dans lesquelles le programme est mis en œuvre. Une bonne compréhension de ce contexte permet de mieux comprendre comment et pourquoi le programme sera efficace dans un environnement spécifique (Breuer et al., 2016). Cela est particulièrement utile dans le domaine de la *community health*, où les programmes d'intervention se déroulent souvent dans des environnements dynamiques et imprévisibles

(Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). En outre, ces données permettent un apprentissage continu basé sur le contexte local et les expériences pratiques, et un ajustement du programme le cas échéant (De Silva et al., 2014). La collaboration avec différents acteurs renforce également le soutien à la mise en œuvre de la ToC élaborée conjointement (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020 ; De Silva et al., 2014).

1.3 Cadre d'évaluation

L'application d'une ToC contribue également à l'évaluation des programmes, en examinant les actions entreprises et en déterminant si elles ont permis d'atteindre les objectifs visés (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). En fournissant une vision structurée des dynamiques actives au sein d'un programme et des objectifs stratégiques, une ToC contribue à améliorer sa planification et sa mise en œuvre. Cette vue d'ensemble claire et visualisée de la manière dont les différentes composantes d'un programme sont interreliées peut aider à déterminer les données nécessaires pour mesurer l'efficacité (Breuer et al., 2016). En outre, une ToC inclut des indicateurs quantitatifs et qualitatifs en vue de suivre l'avancement et l'impact d'un programme. Sur la base des nouvelles données dynamiques issues de la pratique et intégrées dans une ToC, il est également possible d'adapter de manière flexible les critères d'évaluation à la réalité changeante dans laquelle le programme est mis en œuvre (De Silva et al., 2014).

1.4 Application de la ToC dans le cadre du programme CHW

Le présent rapport de recherche décrit la méthodologie et les résultats de l'élaboration d'une telle Theory of Change dans le cadre du programme CHW belge. Le programme CHW se concentre sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale (Masquillier et al., 2022). Il vise à apporter non seulement un soutien pratique, mais aussi des changements structurels durables dans la manière dont les groupes vulnérables accèdent aux soins. L'élaboration de la ToC permet de savoir quelles actions et quels objectifs sont prioritaires dans le cadre du programme en vue de réaliser les changements souhaités (De Silva et al., 2014).

L'utilisation de la ToC comme cadre méthodologique est particulièrement utile car elle permet de révéler les mécanismes sous-jacents et les conditions de réussite. En créant conjointement avec toutes les parties prenantes, étape par étape, une image claire et partagée de la manière dont les interventions contribuent au résultat souhaité - en tenant compte du contexte local (Breuer et al., 2016 ; De Silva et al., 2014) cette approche correspond bien aux défis du programme CHW belge. En effet, l'adaptation du fonctionnement aux besoins divers et complexes des groupes vulnérables est un aspect essentiel du programme CHW.

Étant donné qu'une ToC est un outil de travail dynamique plutôt qu'un processus statique avec des résultats finaux fixes (Belcher et al., 2020 ; Breuer et al., 2016 ; Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020) la méthodologie et les résultats s'entremêlent, et les résultats décrits ne doivent dès lors pas être considérés comme définitifs, mais comme un fil conducteur qui peut être modifié et développé à l'avenir dans le cadre du programme CHW.

2 Méthodologie

La Theory of Change a été élaborée dans le cadre d'ateliers interactifs et participatifs à deux niveaux : avec un groupe sélectionné de CHW et de responsables d'équipe (RE), et avec des coordinateurs et un représentant du comité de pilotage intermutualiste. Ci-dessous, ce dernier groupe est désigné comme l'« équipe politique ».

2.1 Sélection des participants

L'ensemble des CHW et des RE ont été invités à participer à la recherche. Un noyau permanent de participants a ensuite été sélectionné dans le groupe des parties intéressées, en visant une représentation équilibrée en termes de région, de genre et d'expérience. Tous les coordinateurs et un représentant du comité de pilotage intermutualiste, l'organe d'administration global du programme CHW, ont également pris part à la recherche.

2.2 Collecte de données

Au total, neuf ateliers ont été organisés : Quatre ateliers distincts reprenant les deux groupes et un dernier atelier commun au cours duquel une version finale de la ToC a été examinée. Au cours des ateliers, des techniques interactives et des exercices post-it ont été utilisés pour définir les différentes étapes de l'élaboration d'une ToC. Les objectifs en matière de contenu des ateliers sont examinés plus en détail ci-dessous, à l'aide des différentes phases d'élaboration d'une ToC.

Phase 1 : Formulation d'objectifs à court et à long terme

Au cours d'un premier atelier avec l'équipe politique, les objectifs à long terme ont été formulés à partir de la mission et de la vision du programme CHW : les résultats que le programme vise à atteindre à plus long terme. Ces objectifs ne sont pas immédiatement réalisables, car ils dépendent souvent de facteurs et d'acteurs externes, mais ils ont un impact durable souhaité ou un changement structurel en tête, qui sera recherché dans le cadre du programme. Sur la base de ces objectifs à long terme, complétés par les contributions thématiques du plan de travail annuel du programme CHW, des objectifs à court terme ont été formulés, réalisables dans le cadre du programme CHW dans un délai de cinq ans. Les résultats de cet atelier avec l'équipe politique ont ensuite été examinés lors d'une première session avec le groupe de CHW et de RE. L'accent a été mis sur l'exactitude et la formulation des objectifs, ainsi que sur la question de savoir si les objectifs proposés reflètent la portée totale du programme.

Phase 2 : Définition des stratégies et des activités

Lors des ateliers suivants, l'accent a été mis sur l'élaboration du *processus de backwards mapping* d'une ToC : l'identification des stratégies qui définissent l'approche et l'orientation choisies pour les activités concrètes et réalisables nécessaires pour atteindre les objectifs fixés. Cette étape a été élaborée dans les deux groupes, d'abord dans l'atelier avec l'équipe politique, puis avec le groupe des CHW et des RE, en s'inspirant à nouveau du plan de travail existant du programme CHW. En effet, il énumère plusieurs actions qui sont déjà prévues dans le cadre du fonctionnement actuel du programme CHW. Au cours de l'atelier avec les CHW et les RE, une attention particulière a été accordée à la mise en relation des objectifs des ateliers précédents avec l'expérience pratique quotidienne des CHW et des RE.

Entre-temps, les résultats des ateliers ont été traités par le chercheur en un diagramme visuel de la Theory of Change. Ce diagramme a été mis à la disposition, via un outil en ligne, de l'équipe politique, qui a eu la possibilité de formuler des commentaires et des suggestions. En outre, l'équipe politique a été invitée à effectuer un exercice de réflexion individuelle en préparation des ateliers suivants, à savoir la formulation d'indicateurs possibles, ainsi que la cartographie des facteurs externes et des risques.

Phase 3 : Identification des risques externes, des hypothèses sous-jacentes

La phase suivante du processus interactif de la ToC s'est concentrée sur l'identification des risques externes et sur l'explicitation des hypothèses sous-jacentes à la ToC. L'objectif de cette étape était de tester de manière critique la cohérence et la faisabilité de la ToC proposée et de comprendre les facteurs susceptibles d'influencer la réalisation des objectifs. Sur la base de l'exercice préparatoire avec l'équipe politique, complété par les données générées par les outils d'IA, des risques potentiels et des hypothèses ont été répertoriés. Cette liste a servi de point de départ à des discussions plus approfondies et à des améliorations lors des ateliers individuels des deux équipes.

Phase 4 : Vérification des indicateurs possibles

Cette phase de l'élaboration s'est concentrée sur la formulation et l'affinement des indicateurs pour les différents objectifs de la ToC. Les résultats de l'exercice préparatoire de l'équipe politique ont également été examinés, de même que les propositions d'indicateurs générées par l'IA, ainsi que leur objectif sous-jacent et les méthodes possibles de mesure et de suivi. Au cours des ateliers, ces indicateurs ont été vérifiés en termes de pertinence, de faisabilité et de priorité, en mettant particulièrement l'accent sur leur applicabilité dans les cadres de contrôle et d'évaluation existants du programme CHW.

Phase 5 : Retour d'information final sur la ToC élaborée

Lors d'une phase finale, toutes les contributions ont été intégrées et fusionnées dans une version provisoire de la ToC, qui a fait l'objet d'un retour d'information et d'une vérification auprès des participants lors d'un dernier atelier commun. Il s'agissait, d'une part, de faire vérifier et valider le diagramme visuel de la ToC par les participants et, d'autre part, d'examiner des sujets et des points de vue qui semblaient différer entre les deux groupes lors des ateliers précédents individuels.

2.3 Analyse des données

Les discussions de groupe au cours des ateliers ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur audio. Ces enregistrements ont été transcrits à l'aide d'un logiciel d'intelligence artificielle (IA) validé, Scribewave. Les transcriptions ont été importées dans le programme d'analyse qualitative NVivo 14 afin de soutenir l'analyse thématique. Les transcriptions, ainsi que les résultats visuels et écrits des ateliers (tels que les post-its, les schémas et les notes de synthèse), ont constitué le matériel de données primaires.

L'analyse des données s'est déroulée de manière itérative et cyclique, la collecte des données, l'analyse et la poursuite de l'élaboration de la ToC se succédant les unes aux autres. Les transcriptions ont été analysées de manière thématique, en se concentrant sur les objectifs de chaque phase de l'élaboration d'une ToC. La triangulation a eu lieu en combinant différentes sources de données (transcriptions audio et résultats des ateliers) et les points de vue des deux groupes.

Les résultats analytiques ont été intégrés dans l'intervalle par le chercheur dans une Theory of Change provisoirement élaborée, qui a servi de point de départ au contenu des ateliers suivants. Cette approche a permis une validation intermédiaire de la ToC par les participants, au fur et à mesure que les interprétations et les hypothèses étaient examinées, affinées ou ajustées conjointement.

Lors d'un atelier final, une réflexion commune avec les deux groupes a permis de valider de manière participative la ToC élaborée, d'explorer les convergences et les différences entre les perspectives et, dans la mesure du possible, de les intégrer dans une version finale de la ToC.

2.4 Procédure 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_2025_44).

Consentement éclairé

Une procédure de consentement éclairé a été suivie au début du premier atelier. Tout d'abord, les participants ont été informés de l'objectif et du déroulement de la recherche à l'aide d'un formulaire d'information et de consentement. Les participants pouvaient ensuite poser des questions sur la recherche et, si tout était clair et qu'ils acceptaient de participer à la recherche, ils étaient invités à signer le formulaire d'information et de consentement. Ces formulaires reprenaient les coordonnées des chercheurs, de sorte que les participants avaient la possibilité de les contacter à tout moment pour poser des questions supplémentaires ou pour mettre fin à leur participation à la recherche. Ces formulaires étaient disponibles en français et en néerlandais, selon la langue parlée par les participants.

Réflexion éthique

L'élaboration d'une ToC nécessite d'accorder une attention particulière aux aspects éthiques tels que l'inclusivité, la représentativité et les rapports de force (Breuer et al., 2016). D'un point de vue méthodologique, on a par conséquent misé sur une représentation inclusive lors de la sélection des CHW et des RE, et sur une participation égale, notamment en organisant des ateliers séparés pour les CHW et les RE d'une part, et l'équipe politique d'autre part, et en recourant à des formes de travail participatives. Toutefois, il n'est jamais possible de garantir l'intégration égale de toutes les perspectives (Breuer et al., 2016). En effet, il est difficile de saisir la complexité des données collectées dans un cadre qui est établi de manière linéaire et qui, par conséquent, simplifie intrinsèquement les choses (Mackenzie & Blamey, 2005).

Par conséquent, le rôle du chercheur était de rester indépendant et neutre tout au long du processus d'élaboration, en particulier lorsque des opinions et des points de vue contradictoires étaient impliqués (Mackenzie & Blamey, 2005). Cela a nécessité une réflexivité constante pour

s'assurer que la ToC reflétait autant que possible les intérêts collectifs et que les points de vue contradictoires étaient explicités et examinés. Pour soutenir celle-ci, on s'est fortement engagé sur le plan méthodologique en faveur de la transparence et de la participation égale. Les moments de retour d'information explicites, tels que la discussion itérative et la validation conjointe de la ToC provisoire, ainsi que la transparence au cours du processus d'élaboration, ont permis d'éviter autant que possible que la ToC ne donne la priorité à des points de vue spécifiques, sans tenir compte du contexte ou des contributions des différents participants.

3 Résultats

Dans cette section, les résultats des ateliers sont présentés à l'aide de la ToC qui a été progressivement élaborée. Étant donné que le résultat de fond n'est pas séparé du processus d'élaboration, les descriptions des résultats comprennent des aspects des deux. En outre, comme indiqué dans l'introduction, la ToC élaborée n'est pas un produit final statique, mais un cadre dynamique qui peut orienter le programme. Lors de l'application ultérieure de la ToC, il convient d'adapter davantage celle-ci à l'évolution du contexte dans lequel le programme opère (Belcher et al., 2020 ; Breuer et al., 2016 ; Casseti & Paredes-Carbonell, 2020). Les résultats présentés ici doivent être considérés comme un résultat provisoire, limité dans le temps, de l'exercice ToC, et comme un point de départ pour l'affinement, l'approfondissement théorique et l'opérationnalisation de la ToC dans les phases ultérieures du projet.

3.1 Objectifs à court et long terme, stratégies et activités

[En raison des limites d'affichage du présent document, les différentes parties de la ToC élaborée sont examinées ci-dessous par objectif à long terme, ainsi que par les objectifs à court terme, stratégies et activités correspondants. Toutefois, ces éléments ne sont pas indépendants les uns des autres mais forment un tout.]

3.1.1 Objectif à long terme 1

Un premier objectif à long terme mis en avant lors de l'exercice ToC (voir figure 2) consiste à œuvrer, dans le cadre du programme, à une reconnaissance structurelle des CHW en tant qu'acteurs à part entière du paysage de la santé. Cela implique une collaboration durable et harmonieuse avec les organisations de santé et d'aide sociale, ainsi qu'une large sensibilisation sociale et professionnelle à la fonction de CHW. Les participants ont souligné que les CHW devraient à terme être considérés comme des experts dans l'amélioration de l'accès aux soins, ce qui est également lié au deuxième objectif à long terme qui se concentre sur l'accès au continuum complet des soins (voir ci-dessous).

Pour atteindre cet objectif à long terme, les participants ont identifié une série d'objectifs à court terme, qui constituent des étapes intermédiaires réalisables. Il s'agit notamment de sensibiliser les citoyens, les organisations de santé et d'aide sociale et l'ensemble des professionnels à l'action des CHW. L'échange et l'examen de chiffres, de signaux et de résultats constituent un autre objectif à court terme pour parvenir à une collaboration harmonieuse et ciblée avec les partenaires locaux. En outre, il a été fixé comme objectif que les équipes CHW œuvrent à la sensibilisation essentiellement parmi les partenaires de collaboration, mais aussi parmi le grand public, à la littératie en santé et aux besoins spécifiques en matière de santé des personnes en situation de vulnérabilité.

Les participants ont ensuite identifié les stratégies permettant d'atteindre ces objectifs à court terme. Les stratégies clés comprennent la diversification des canaux de communication pour atteindre efficacement les différents groupes cibles, la mise en place de mécanismes de communication internes et externes ainsi que le renforcement et le développement des collaborations entre les CHW et les partenaires professionnels. D'autres stratégies se concentrent sur l'identification des données pertinentes et des procédures de collecte de données, l'élaboration de tableaux de bord accessibles qui rendent les chiffres transparents, le renforcement de la collaboration par le biais d'accords clairs sur les rôles.

Le niveau le plus concret concerne la mise en œuvre pratique des activités menées directement par les CHW, les responsables d'équipe et les coordinateurs. Il peut s'agir, par exemple, d'élaborer des supports de communication, d'animer des présentations aux parties prenantes, de suivre les besoins en matière de visibilité et d'organiser des réunions stratégiques ou d'y participer. En outre, les activités comprennent également la mise en place ou le renforcement de partenariats, l'évaluation systématique des partenariats existants et la promotion interne du travail des CHW au sein des mutualités dirigeantes.

Fig. 2: Theory of Change – Objectif à long terme 1

3.1.2 Objectif à long terme 2

Un deuxième objectif à long terme formulé (voir figure 3) est l'ambition du programme de garantir, par l'intermédiaire des CHW, l'accès à l'ensemble du continuum de soins pour tous. Dans certains sous-objectifs sous-jacents, les participants ont davantage concrétisé ce que cet objectif implique pour eux : la mise en place d'un système de soins de santé à bas seuil adapté aux besoins de chaque partie prenante, le fait que les soins intégrés soient un fait établi, un niveau élevé de littératie en santé au sein de l'ensemble de la population, et l'autonomisation des citoyens pour se retrouver activement dans leur parcours de santé. Le sous-objectif « Les CHW sont des experts en matière d'accès aux soins de santé à différents niveaux » revient ici aussi et établit un lien avec le premier objectif à long terme examiné plus haut. Il existe également un sous-objectif visant à permettre un partage correct et fluide des données entre tous les acteurs (des soins de santé), qui se reflète également dans le troisième objectif à long terme visant la reconnaissance politique des CHW (voir ci-dessous).

Pour permettre ce changement structurel, un certain nombre d'objectifs à court terme ont été identifiés. Tout d'abord, les CHW ont accès à des données pertinentes en matière de santé et d'aide sociale. L'optimisation de l'utilisation des données déjà disponibles (telles que les données de mutualité) a également été présentée comme une étape intermédiaire nécessaire pour atteindre l'objectif à long terme. En outre, un système efficace et structuré doit être mis en place pour saisir et transmettre les signaux structurels à la politique. Il a également souligné que tous les CHW connaissent et peuvent utiliser les principales plateformes numériques de santé, et que les aptitudes en matière de santé doivent être renforcées à la fois chez les citoyens et les professionnels.

Pour atteindre ces résultats à court terme, les participants ont élaboré une série de stratégies qui fournissent une orientation. Les priorités stratégiques sont les suivantes : identifier les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale ; formuler des propositions concrètes notamment en matière de vaccination ; optimiser l'approche du problème d'addiction ; et mettre en œuvre un processus de signalisation clairement structuré, avec des rôles, des phases et un suivi bien définis. En outre, l'optimisation de la formation des CHW a été considérée comme une stratégie essentielle. L'analyse structurelle des données au niveau local pour identifier le groupe cible et l'examen régulier des chiffres et des signaux avec les partenaires locaux ont également été identifiés comme des étapes stratégiques importantes.

En élaborant les activités sous-jacentes, ces stratégies peuvent être mises en œuvre concrètement. L'accent a notamment été mis sur l'élaboration de cadres régionaux pour l'approche des groupes socialement vulnérables, sur le soutien aux partenaires qui souhaitent s'adresser à des groupes difficiles à atteindre et sur l'utilisation systématique des données provenant des mutualités. En ce qui concerne le processus de signalisation, la définition des rôles et des responsabilités a été définie comme une activité clé, de même que le contrôle et l'évaluation réguliers de ce processus de signalisation et l'établissement d'un lien entre les signaux et les processus politiques. En outre, de nombreuses activités ont été définies pour optimiser la formation des CHW, telles que l'établissement et la mise à jour de plans de formation et de programmes de familiarisation des CHW, le renforcement et le développement des interventions, et la formation continue des CHW aux outils numériques. Afin de pouvoir examiner régulièrement les chiffres, signaux et résultats avec les partenaires, le contrôle des événements et l'établissement de rapports sur ceux-ci ont été considérés comme une activité clé.

Fig. 3 : Theory of Change – Objectif à long terme 2

3.1.3 Objectif à long terme 3

Le troisième objectif à long terme identifié par les participants (~~voir figure 4~~) est de faire reconnaître les CHW au niveau politique. Cet objectif vise en partie l'obtention pour les CHW d'un statut professionnel et social clair dans le paysage de la santé belge, intégré dans les cadres politiques locaux, régionaux et nationaux. Le sous-objectif « partage correct des données » revient également ici et établit le lien avec le deuxième objectif à long terme. Selon les participants, la reconnaissance politique est l'un des facteurs essentiels pour un financement durable et un ancrage structurel de la fonction de CHW, ce qui est lié au quatrième objectif à long terme, la représentation des CHW dans l'ensemble du système de soins de santé belge.

Pour atteindre ce troisième objectif à long terme, un certain nombre d'objectifs à court terme ont été définis. Un premier objectif important est l'intégration du programme CHW dans les processus de prise de décision politique existants en matière de santé. En outre, il est essentiel que le processus qualitatif dans le cadre du travail des CHW soit reconnu dans le processus de responsabilisation : la manière dont les CHW travaillent et l'impact de leurs interventions doivent pouvoir être démontrés de manière visible, compréhensible et convaincante. Cela nécessite une évaluation systématique basée sur des données (qualitatives) couvrant à la fois les groupes cibles visibles et moins visibles, y compris les personnes qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas être enregistrées dans le système belge. Il est également nécessaire de mettre en place des collaborations stratégiques solides avec des partenaires clés au sein du système de santé et

d'aide sociale. La poursuite de la professionnalisation des CHW dont l'élaboration de formations certifiées spécifiques et d'un cadre juridique clair, constituent également des objectifs à court terme qui devraient permettre une reconnaissance politique.

Selon les participants, ces objectifs à court terme peuvent être atteints grâce à une combinaison de stratégies visant à accroître la visibilité politique et à améliorer l'enregistrement de données. Ils se sont concentrés sur la défense des intérêts auprès des politiciens et des professionnels, l'identification de forums de concertation stratégiques - aux niveaux local, régional et national -, la participation active à ces moments de concertation et la sensibilisation des politiciens locaux et communaux à la valeur ajoutée des CHW. Par ailleurs, il est aussi nécessaire d'affiner l'enregistrement des activités des CHW.

Les activités concrètes qui soutiennent ces stratégies se situent principalement dans les domaines du renforcement des capacités et de la documentation. L'organisation de formations sur l'enregistrement et la collecte de données dans le cadre du programme CHW est une activité essentielle. Pour ce faire, il convient de poursuivre le développement d'un outil d'enregistrement viable, basé sur les besoins des CHW et des RE et en concertation avec eux. Enfin, il a été suggéré que l'élaboration d'un code de déontologie pour la fonction de CHW en Belgique constitue une activité contribuant directement au développement d'un cadre juridique.

Fig. 4 : Theory of Change – Objectif à long terme 3

3.1.4 Objectif à long terme 4

Le quatrième et dernier objectif à long terme résultant de l'exercice ToC (~~voir figure 5~~) est l'ambition de parvenir à une représentation des CHW dans toute la Belgique, avec un financement suffisant et durable pour fonctionner de manière structurelle. Pour les participants, cela signifie qu'à l'avenir, le programme CHW ne sera plus une initiative basée sur un projet, mais qu'il fera partie intégrante de l'infrastructure sanitaire belge.

Pour parvenir à cette représentation structurelle au niveau national, plusieurs objectifs à court terme ont été identifiés sur lesquels se concentrer dans le cadre du fonctionnement actuel. Le

premier objectif consiste à évaluer et à adapter la structure de gouvernance actuelle afin qu'elle soit adaptée à un champ d'action plus large. En outre, un processus doit être mis en place pour renforcer les équipes CHW afin qu'elles soient en mesure d'étendre progressivement leurs activités à d'autres communes et régions. L'acquisition d'un budget et d'un personnel supplémentaires est également essentielle à cet égard. La révision du statut du projet a également été considérée comme un objectif à court terme : le passage d'un projet temporaire à un programme structurel.

La réalisation de ces objectifs à court terme repose sur un certain nombre de stratégies proposées par les participants à l'atelier. L'accent a été mis sur le développement du soutien aux responsables d'équipe et sur la rationalisation de la coordination. En outre, des efforts doivent être déployés pour optimiser le recrutement et le soutien des CHW. De plus, une stratégie d'analyse et de développement stratégique du champ d'action est nécessaire pour déterminer où et comment l'extension peut avoir lieu, et la fourniture du soutien logistique nécessaire et des ressources opérationnelles locales est requise à cet égard.

Ces stratégies peuvent être concrétisées par une série d'activités opérationnelles. Il s'agit notamment d'évaluer et d'affiner les rôles des responsables d'équipe et des coordinateurs, de définir les compétences et aptitudes de base des CHW et d'évaluer et d'ajuster régulièrement les plans de formation. Il a également été souligné que la collaboration avec les ressources humaines et la gestion de l'information doivent être renforcées et que le fonctionnement opérationnel doit être optimisé, par exemple en contrôlant les besoins logistiques afin que le matériel et les ressources opérationnelles puissent être réapprovisionnés ou optimisés en temps utile.

Fig. 5 : Theory of Change – Objectif à long terme 4

3.2 Indicateurs

Les indicateurs proposés par l'IA et lors d'un exercice préparatoire par l'équipe politique pour vérifier la réalisation des objectifs ont été examinés et vérifiés en termes de pertinence, de faisabilité et de priorité. Les indicateurs sont énumérés dans le tableau ci-dessous sous les quatre objectifs à long terme prédéfinis.

1. Le CHW est un acteur reconnu	
Nombre de CHW remplissant un rôle formel dans les soins de première ligne	
Nombre de communes disposant d'une politique CHW (quantitatif)	
Contenu/élaboration de la politique CHW communale (qualitatif)	
Nombre de collaborations et de permanences (déjà existantes + nouvelles par an))	
Budget disponible par CHW pour les activités de proximité	
Nombre d'actions de sensibilisation par équipe	
Degré de sensibilisation des citoyens à l'existence des CHW	
Nombre d'orientations vers/depuis les CHW au sein du système de soins de santé	
Degré de reconnaissance des CHW par d'autres organisations	
Nombre de sessions de formation/d'expertise dispensées par les CHW	
2. L'accès au continuum de soins est entièrement garanti	
% du groupe cible disposant d'un médecin généraliste ou d'un prestataire de soins de santé attiré ou affilié à une mutualité grâce aux CHW	
Délai d'attente moyen pour l'accès aux soins avant et après le CHW	
% de bénéficiaires des CHW déclarant être mieux informés sur les options de soins	
Nombre de CHW formés aux principales applications de santé	
Taux d'utilisation des applications de santé par les CHW dans le cadre de leur travail	
Nombre de formations/sessions sur les compétences en matière de santé pour les citoyens et les professionnels	
Évolution des compétences en matière de santé des citoyens/professionnels (avant et après la mesure)	
Mesure dans laquelle les CHW utilisent efficacement les données de santé dans leur travail	
Nombre de réorientations réussies vers des services de santé	
Modification de l'approche du groupe cible parmi les partenaires de collaboration	
Réduction des inégalités en matière de santé au sein du groupe cible	
3. Les CHW sont reconnus au niveau politique	
Nombre de communes disposant d'une politique CHW formelle	
Contenu et élaboration de la politique CHW communale	
Ajustements de la politique sur la base des données existantes sur les CHW	
Nombre de groupes de travail/commissions politiques au sein desquels les CHW sont mandatés	
Nombre et qualité des collaborations stratégiques avec des partenaires clés (ONG, gouvernements, mutualités, hôpitaux, etc.)	
4. Les CHW sont représentés dans toute la Belgique	
Nombre de CHW formés par région	
Nombre de formations et de moments de supervision par an	
Score de satisfaction des CHW quant à leur soutien	
% de villes/provinces disposant d'une couverture en CHW	

Tableau 1 : indicateurs, basés sur un exercice préparatoire et sur les résultats générés par l'IA, proposés par objectif à long terme

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

Les discussions ont clairement montré que la manière dont les indicateurs spécifiques sont formulés est particulièrement importante. La signification exacte d'un indicateur doit être claire pour toutes les personnes concernées, et la formulation choisie doit refléter correctement le contexte des CHW. Par exemple, il peut être fait référence aux « activités de proximité » et à leur impact, mais il est nécessaire de préciser de quelles activités il s'agit, car différentes formes peuvent être incluses. De même, il convient de clarifier la notion d'« impact » dans le cadre de ces activités. En outre, les entretiens ont révélé que la méthode et le moment de la mesure doivent toujours être organisés de manière à ne pas influencer ou entraver le travail quotidien des CHW. Par exemple, la mesure de certains indicateurs de santé chez des bénéficiaires peut fournir des informations pertinentes, mais peut aussi être perçue comme trop intrusive par les bénéficiaires ou nécessiter trop de temps dans le cadre des tâches quotidiennes du CHW. Il est essentiel que les indicateurs soient mis en œuvre de manière réfléchie, en évaluant à chaque niveau ce qui est prioritaire et comment les mesures peuvent être intégrées dans le programme CHW d'une manière réalisable et significative.

La plupart des participants ont indiqué que la majorité des indicateurs sont pertinents pour suivre le travail des CHW et déterminer si le programme atteint les objectifs fixés. Dans le même temps, il est apparu clairement que certains indicateurs sont moins appropriés parce que le programme CHW lui-même ne peut pas les influencer directement. L'indicateur « % de villes/provinces bénéficiant d'une couverture en CHW » du quatrième objectif à long terme en est un exemple, car il dépend fortement d'un financement extérieur et n'est donc pas directement contrôlable par le programme. En outre, certains indicateurs dépendent fortement de la durée du projet. Les indicateurs qui peuvent être utiles à long terme semblent moins pertinents dans le cadre actuel, étant donné que le financement du travail des CHW n'est garanti qu'à court terme pour le moment. Par exemple, il a été observé que peu de communes investiront dans l'intégration structurelle des CHW dans leur politique locale si la continuité de ce fonctionnement leur reste incertaine. Certains indicateurs, malgré leur pertinence limitée dans l'immédiat, peuvent toutefois jouer un rôle dans le cadre d'une mesure zéro, de sorte qu'ils puissent faire l'objet d'un suivi minutieux et étayé à plus long terme - lorsqu'un financement stable est garanti.

En ce qui concerne la faisabilité des indicateurs, plusieurs participants ont fait remarquer que certaines données sont déjà collectées par le biais de l'enregistrement actuel des activités du programme CHW. Des indicateurs tels que « le % du groupe cible disposant d'un médecin généraliste ou d'un prestataire de soins de santé attiré ou affilié à une mutualité grâce aux CHW » ont donc été considérés comme tout à fait réalisables. Les participants ont toutefois suggéré qu'une optimisation de l'outil d'enregistrement existant pourrait renforcer la fiabilité et la cohérence des futurs enregistrements et analyses. Pour certains indicateurs, la faisabilité s'est avérée très dépendante de la méthodologie de mesure pouvant être déployée. Par exemple, l'indicateur « Délai d'attente moyen pour l'accès aux soins avant et après le CHW » a été considéré comme particulièrement pertinent, mais en même temps sa praticabilité a été remise en question, en partie à cause de la difficulté de le mesurer d'une manière objective et standardisée. En outre, des indicateurs qui ne peuvent être mesurés qu'en collaboration avec des parties externes ont été mis en avant, tels que le « % de bénéficiaires des CHW déclarant être mieux informés sur les options de soins » ou le « Degré de reconnaissance des CHW par d'autres organisations ». Les participants ont envisagé plusieurs possibilités pour mesurer ces

indicateurs, notamment par le biais d'enquêtes anonymes ou de méthodologies d'évaluation, mais des questions ont également été soulevées concernant l'influence de la désirabilité sociale et la mesure dans laquelle ces données peuvent être collectées de manière fiable et systématique.

Certains indicateurs ont été jugés très dépendants du contexte par les participants et doivent dès lors être formulés avec soin. En effet, le contexte local diffère souvent, ce qui peut conduire à des interprétations différentes d'un même indicateur. Par exemple, pour l'objectif à long terme « Les CHW sont reconnus au niveau politique », il a été observé que la pertinence de certains indicateurs dépend de la manière dont la structure politique locale est organisée. Des indicateurs tels que le « nombre de communes disposant d'une politique CHW formelle » ou le « nombre de groupes de travail/commissions politiques au sein desquels les CHW sont mandatés » peuvent par conséquent donner une image déformée dans des contextes où ces structures n'existent pas ou sont organisées différemment.

3.3 Hypothèses sous-jacentes et facteurs (de risque) externes

L'exercice Theory of Change a également permis d'examiner des hypothèses sous-jacentes, des facteurs externes et des risques potentiels susceptibles d'influencer la réalisation des objectifs du programme CHW. On a réfléchi aux hypothèses sous-jacentes qui sous-tendent la manière et la raison pour lesquelles certaines actions conduiront aux résultats souhaités. Cela permet également de vérifier si les objectifs fixés sont réalisables ou si d'autres ajustements ou reformulations sont nécessaires. Les facteurs externes (de risque) ont également été examinés : circonstances ou événements échappant au contrôle direct du programme, mais susceptibles de renforcer ou d'entraver considérablement son fonctionnement et sa durabilité.

3.3.1 Hypothèses sous-jacentes

Au cours de la discussion sur les hypothèses sous-jacentes formulées par l'IA et lors d'un exercice préparatoire de l'équipe politique, certaines questions ont été soulevées qui sont nécessaires à une concrétisation ultérieure de la ToC. Par exemple, certains objectifs ont dû être considérablement affinés, mais un cadre conceptuel commun, une délimitation claire et l'attention portée aux variations contextuelles jouent également un rôle important dans la faisabilité des objectifs fixés.

Selon l'une des conclusions, certains objectifs sont encore trop généraux ou formulés de manière trop large. Par exemple, en discutant d'une hypothèse telle que « les citoyens ne savent pas suffisamment qui sont les CHW », il est apparu clairement que la « sensibilisation des citoyens au travail des CHW » ne peut être considérée comme un objectif global, mais nécessite plutôt une approche par étapes, en se concentrant d'abord sur la visibilité au sein du groupe cible avant d'atteindre le public plus large.

En outre, il est apparu que certains concepts nécessitaient une délimitation ou une opérationnalisation plus poussées. L'hypothèse selon laquelle « la vulnérabilité est comprise de la même manière par tous » a montré clairement que des formulations telles que « personnes en situation de vulnérabilité » n'ont pas la même signification pour tout le monde, en partie parce qu'il n'existe pas de définition univoque de ce que l'on entend par « vulnérabilité » dans le cadre du programme CHW. Un besoin de clarification similaire s'est fait sentir pour des objectifs tels

que « Les CHW connaissent les principales applications de santé », où un autre exercice de réflexion sous-jacent est nécessaire pour déterminer quelles applications sont considérées comme importantes et selon quels critères.

Il a également été constaté que certains objectifs dépendent de conditions-cadres qui ne sont pas encore remplies. L'hypothèse « nous disposons d'une collecte de données efficace et pertinente », qui sous-tend l'objectif « examen de chiffres, de signaux et de résultats avec les partenaires locaux », en est un exemple. Cet objectif ne pourra être atteint que si la collecte de données est encore optimisée et si les chiffres, les signaux et les résultats qu'il est utile d'examiner avec les partenaires sont clairement définis.

Enfin, il s'est avéré que certains objectifs sont susceptibles de faire l'objet d'interprétations différentes en fonction du contexte local. Ainsi, l'interprétation de ce qui constitue une « politique locale de santé » peut varier considérablement d'une commune ou d'une ville à l'autre, ce qui peut avoir des implications sur la manière dont les activités et les stratégies sont conçues.

3.3.2 Facteurs externes et risques

Plusieurs facteurs externes ont été identifiés comme pouvant constituer à la fois des risques et des influences positives. Par exemple, l'attention portée par le public au programme CHW peut apporter une valeur ajoutée si elle conduit à une prise de conscience généralisée et au soutien du public. Dans le même temps, une demande excessive de soutien des CHW peut survenir lorsque la visibilité augmente, ce qui empêche le programme de répondre à la demande. Une ambiguïté similaire a été signalée en ce qui concerne les développements politiques et économiques en Belgique : un contexte politique favorable peut créer une stabilité financière, tandis que les pressions économiques ou un manque d'attention pour les questions sociales telles que la diversité culturelle peuvent compliquer l'opération, tout en renforçant le besoin de CHW.

La numérisation et les évolutions technologiques ont également été considérées comme des facteurs ayant un impact ambivalent. Si les nouveaux outils numériques peuvent faciliter le travail des CHW, ils représentent en même temps un défi. Le groupe cible et les CHW eux-mêmes n'ont pas toujours la possibilité de suivre pleinement ces innovations, et la fragmentation des applications numériques dans le secteur de la santé fait qu'il est parfois difficile d'y voir clair.

En général, les participants ont indiqué que les risques externes les plus importants pour le fonctionnement du programme CHW étaient liés à la nature temporaire du projet et aux ressources opérationnelles limitées. La clarification souvent tardive de la prolongation crée une incertitude quant à la poursuite de l'action. Cela compromet la continuité, entrave la mise en œuvre d'une vision à long terme et rend difficile la mise en place de collaborations structurelles et stables avec les partenaires. La perception de certains professionnels de la santé a également été un point d'attention : dans certains cas, le travail des CHW est perçu comme potentiellement concurrent, ce qui peut créer des résistances et faire pression sur la collaboration.

4 Discussion

Cette section de discussion se compose de trois parties. La **première partie** présente les défis à relever pour affiner la ToC dans le cadre du programme CHW. La **deuxième partie** élargit la perspective et examine l'élaboration de la ToC dans un contexte scientifique plus large. La **troisième et dernière section** décrit les points forts et les limites de la recherche.

4.1 Défis liés à la poursuite de l'élaboration de la ToC dans le cadre du programme CHW

Si les ateliers ont permis de dégager un large consensus sur les grandes lignes de la ToC, il est également apparu, au cours du processus d'élaboration, que plusieurs aspects nécessitaient d'être clarifiés, examinés et affinés. Dans un premier temps nous abordons certains points d'attention qui sont importants pour la conceptualisation de la ToC et qui se concentrent davantage sur sa mise en application. Ensuite, nous explorons des thèmes de fond qui ont été mis en avant lors des ateliers mais qui n'ont pas été suffisamment abordés dans la ToC.

Lors du dernier atelier commun, ces points ont été examinés en profondeur. Bien qu'aucun consensus final n'ait été atteint sur la manière dont ces éléments devraient être intégrés dans la ToC, la discussion a révélé l'importance d'inclure ces thèmes dans son élaboration future.

4.1.1 Points d'attention pour la conceptualisation de la ToC

Au cours des ateliers, plusieurs points d'attention ont été mis en avant concernant la conceptualisation et la concrétisation de la Theory of Change, qui sont pertinents pour son applicabilité pratique :

Comme premier point, il s'est avéré que la formulation des objectifs et des stratégies semblait souvent sujette à interprétation ou était trop « high-level », de sorte qu'il n'a pas toujours été évident de parvenir à un consensus sur une formulation concrète et précise. En outre, la traduction entre le néerlandais et le français et vice versa a constitué un défi supplémentaire à cet égard.

Deuxièmement, sur la base de leur expérience pratique, les CHW et les RE ont souligné que la faisabilité et l'utilité des stratégies et activités proposées devaient être au centre des préoccupations. Ils l'ont mentionné en particulier lorsqu'il a été question du *travail de proximité*, qui, selon eux, dépend fortement du contexte et où la réalité peut changer en permanence. Ils précisent que cette variabilité doit être prise en compte lors de la définition des activités et des stratégies dans la ToC. Toutefois, les participants ont reconnu que l'intégration d'une telle flexibilité dans un cadre de ToC structuré n'est pas une tâche évidente.

Un troisième point d'ambiguïté qui a souvent été mis en avant est celui de savoir qui, au sein du fonctionnement des CHW, était responsable de certaines parties de la ToC. En particulier, les participants au sein de l'équipe des CHW et des RE se sont régulièrement demandé qui était exactement responsable de la mise en œuvre de tâches ou de stratégies spécifiques. Il a donc été suggéré de structurer plus clairement les activités en fonction des différents niveaux du projet, en indiquant explicitement qui est responsable de la mise en œuvre. Ce point a été fortement mis en avant.

Enfin, la tension entre la flexibilité et la normalisation dans le fonctionnement des CHW a été fréquemment citée. Les participants ont estimé qu'une méthode de travail générale et commune était essentielle pour assurer un fonctionnement de qualité et reconnaissable, mais qu'une flexibilité suffisante était également nécessaire pour tenir compte de la diversité des contextes locaux dans lesquels les CHW travaillent. Les différents points de vue sur la position de cet équilibre réalisable montrent qu'il doit être surveillé en permanence.

4.1.2 Thèmes de discussion de fond

Au cours du processus d'élaboration, plusieurs thèmes de discussion de fond ont été identifiés pour lesquels il n'existe pas encore de compréhension commune ou qui doivent être approfondis en fonction de leur intégration dans la ToC :

Un premier thème central a émergé lors des différents ateliers : la sensibilité culturelle. Les participants ont souligné qu'il s'agit d'un élément essentiel du travail des CHW, mais qu'il est étroitement lié à l'attitude de travail et à la vision du programme, ce qui rend difficile l'inclusion de la sensibilité culturelle en tant qu'élément distinct et explicite dans la ToC. Dans le même temps, il est apparu clairement qu'une approche nuancée était nécessaire : les participants ont souligné que la « culture » n'était pas un concept statique ou univoque, et que le risque d'essentialisme culturel doit être activement évité. Une personne ne peut pas être réduite à son milieu culturel et les généralisations sur les habitudes culturelles doivent être évitées. Ils ont dès lors insisté sur l'importance d'une approche centrée sur la personne qui se concentre sur les besoins, les expériences et les préférences de chaque bénéficiaire.

En outre, le partage des données a été identifié lors des ateliers comme un thème important mais complexe. D'une part, il se réfère à l'accès à des données à caractère personnel qui peuvent faciliter le travail quotidien des CHW. D'autre part, il implique l'échange et l'utilisation de données plus générales et agrégées sur le travail des CHW avec les partenaires, qui sont nécessaires pour soutenir l'orientation et le suivi des objectifs du programme. Dans la ToC actuelle, le partage des données, en particulier dans le cadre du deuxième objectif à long terme, occupe une place potentiellement trop importante, selon les participants. En même temps, ce thème va au-delà d'un objectif spécifique et situe le partage des données principalement au niveau stratégique, mais son application dans la pratique n'est pas une tâche évidente. Par exemple, il est important que la vie privée des bénéficiaires soit protégée en tout temps, et d'autres préoccupations éthiques sont en jeu parmi les participants. En outre, la réalisation du partage et de l'échange de données nécessite une reconnaissance juridique et politique claire du statut des CHW, qui se situe en dehors de la sphère d'influence directe du programme. Ainsi, si le partage des données est une composante utile et parfois essentielle pour atteindre certains objectifs, la mise en œuvre pratique s'avère être un défi qui peut être entravé ou facilité en partie par des facteurs externes.

Un autre thème récurrent est celui des déterminants sociaux de la santé, que les CHW rencontrent souvent dans leur travail quotidien. Bien que les CHW s'attachent à faciliter l'accès aux soins, celui-ci est inextricablement lié aux conditions socio-économiques, au logement, à l'éducation et à des facteurs environnementaux plus larges. Les CHW jouent un rôle important dans la reconnaissance de ces déterminants sociaux, tant pour pouvoir orienter correctement les patients vers les partenaires que pour, dans leur fonction de signal, mettre en évidence les obstacles aux soins de santé. Selon les participants, cet aspect n'est pas encore suffisamment pris en compte dans la ToC actuelle. Les participants ont souligné qu'il est essentiel que les CHW

a mis en forme : Normal, Gauche, Espace Avant : 0 pt, Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Normal, Gauche, Interligne : Multiple 1,15 li

aient une connaissance approfondie de la carte sociale de leur contexte local et une compréhension de l'influence des déterminants sociaux sur l'accès aux soins de leurs bénéficiaires. Ils ont par conséquent suggéré que le deuxième objectif à long terme reprenne un objectif à court terme supplémentaire, tel que « les CHW ont une connaissance des déterminants sociaux de la santé », et ajoute une activité concrète axée sur l'approche holistique des CHW, telle que « l'orientation et l'accompagnement ciblés vers des organisations autres que médicales ».

Les ateliers se sont également souvent penchés sur le groupe cible du travail des CHW. Bien que les CHW ciblent les personnes qui ont des difficultés à accéder au système de soins de santé et qui vivent dans une situation de vulnérabilité sociale, la question s'est posée de savoir ce que l'on entendait exactement par « vulnérabilité sociale ». En effet, la vulnérabilité n'est pas un concept figé. Les participants ont indiqué que des situations de vulnérabilité peuvent également se produire parmi les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur ou une stabilité financière lorsque d'autres facteurs, tels que l'isolement social, jouent un rôle. En outre, le profil des personnes considérées comme « vulnérables » évolue en fonction des développements sociétaux. Par exemple, des changements dans les politiques relatives aux allocations de chômage peuvent placer davantage de personnes dans une situation précaire, ce qui pourrait les amener à faire partie du groupe cible des CHW. Les participants ont souligné l'importance d'une réflexion critique permanente sur la définition du groupe cible dans le cadre du programme.

4.2 Mise en situation des résultats dans un contexte scientifique plus large

Les résultats de l'exercice ToC actuel s'inscrivent parfaitement dans le cadre théorique scientifique dans lequel une ToC est considérée comme un outil de travail et d'évaluation dynamique (Belcher et al., 2020 ; Breuer et al., 2016 ; De Silva et al., 2014). Tout d'abord, l'élaboration des objectifs, des stratégies et des activités dans le cadre de la ToC fournit un cadre d'orientation commun pour la mise en œuvre. Deuxièmement, la ToC constitue un outil de développement participatif qui est dynamique et peut être constamment ajusté pour optimiser le fonctionnement du programme CHW. Enfin, la ToC peut servir de base à l'évaluation et à l'ajustement futurs du programme.

4.2.1 La ToC comme cadre d'orientation

Les résultats de l'exercice ToC permettent d'identifier la manière dont les activités d'un programme contribuent aux objectifs du programme et à l'impact visé (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). Dans un cadre de réflexion dynamique et sensible au contexte, les différentes composantes d'une ToC, en particulier les objectifs à long et à court terme, les stratégies, les activités, les hypothèses sous-jacentes, les risques externes, ainsi que les facteurs et les indicateurs, ont été élaborées pour rendre la logique du programme transparente (Belcher et al., 2020 ; Breuer et al., 2016 ; Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). Sur le fond, la ToC élaborée rejoint les résultats de la recherche sur la *community health*. Par exemple, la réalisation d'activités de proximité actives était liée à l'hypothèse selon laquelle une visibilité accrue des CHW et des approches proactives des groupes difficiles à atteindre sont nécessaires pour faire des CHW un acteur reconnu dans le secteur de soins de santé. Ceci est conforme à la littérature scientifique qui indique que l'accessibilité et la proximité sont des conditions essentielles à une prestation de services efficace (De Silva et al., 2014). Nous avons cartographié de manière structurée la manière dont le programme vise à réaliser des changements durables dans

a mis en forme : Normal, Gauche, Interligne : Multiple 1,15 li

a mis en forme : Police par défaut

a mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

l'accessibilité des soins de santé pour les groupes socialement vulnérables (Masquillier, 2025 ; Masquillier & Cosaert, 2022).

Les objectifs à long terme formulés auxquels les participants aspirent dans le cadre du programme CHW mettent en lumière les transformations sociétales visées par le programme et reflètent l'importance accordée au changement structurel et durable. En effet, l'élaboration d'une ToC va au-delà des simples objectifs opérationnels et se concentre sur les mécanismes plus profonds permettant de réaliser un impact social (Belcher et al., 2020 ; Janzen et al., 2017). En outre, le programme CHW se concentre sur l'impact social au niveau de changements sociaux plus larges tels que l'égalité et la justice. En intégrant les différentes composantes, y compris les hypothèses sous-jacentes, les facteurs externes, la ToC offre un cadre structuré pour analyser dans le temps comment le programme contribue à un changement sociétal significatif, et dans quelles conditions il le fait (Belcher et al., 2020 ; Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). Les objectifs à court terme identifiés montrent les étapes intermédiaires que les participants jugent nécessaires et se concentrent sur des changements plus directs qui relèvent du programme lui-même (Breuer et al., 2016). Parallèlement aux stratégies et activités identifiées, cette partie de la ToC fait office d'opérationnalisation de l'impact social visé et clarifie les mécanismes spécifiques qui sont censés provoquer le changement (Belcher et al., 2020).

4.2.2 La ToC comme outil de travail dynamique et participatif

L'élaboration d'une ToC est (généralement) un processus participatif qui implique activement les parties prenantes (Belcher et al., 2020 ; Breuer et al., 2016). L'élaboration d'une ToC se fait dans le cadre d'ateliers, d'entretiens et en collaboration avec les parties prenantes. Cette approche constitue un principe fondamental de la *community-based research* (recherche communautaire), qui met l'accent sur l'implication de tous les acteurs afin d'accroître la pertinence, la qualité et la durabilité de la recherche (Janzen et al., 2017). Dans le cadre du programme CHW, le choix a été fait d'appliquer cette méthodologie participative dans plusieurs ateliers avec deux équipes, impliquant ainsi des acteurs à différents niveaux. Cela permet de mieux adapter la ToC au contexte local et à la réalité du programme, ce qui rend la ToC élaborée plus pertinente et réalisable (Breuer et al., 2016). En outre, le processus participatif favorise la motivation et la participation des différents participants, ce qui peut conduire à une meilleure compréhension et à une mise en œuvre efficace de la théorie élaborée (Breuer et al., 2016 ; Janzen et al., 2017). Cela offre également la possibilité d'obtenir un soutien et une responsabilité partagés, ce qui contribue à l'impact à long terme et aux changements sociétaux escomptés (Janzen et al., 2017). L'élaboration conjointe d'une ToC fait naître une compréhension commune, au sein du programme CHW, des objectifs poursuivis et de la voie à suivre pour les atteindre.

Une approche participative permet de s'assurer que la ToC n'est pas simplement un modèle statique imposé du haut vers le bas, mais plutôt un outil dynamique développé de manière conjointe qui nécessite une harmonisation constante (Belcher et al., 2020 ; Janzen et al., 2017). La ToC élaborée dans le cadre du programme CHW ne doit dès lors pas être considérée comme un point final, mais comme un document de travail qui est renforcé par une interaction et une réflexion continues au cours du processus de mise en œuvre (Breuer et al., 2016). De ce fait, la ToC évolue pour devenir un outil flexible qui peut être adapté et affiné en permanence sur la base de nouvelles connaissances et de conditions contextuelles changeantes. En intégrant diverses perspectives et en actualisant continuellement le modèle sur la base de nouvelles informations

et expériences pratiques, la ToC devient un document vivant qui évolue en fonction des expériences et des connaissances des acteurs concernés (Belcher et al., 2020 ; Janzen et al., 2017). Ce caractère itératif favorise l'affinement du modèle théorique et renforce sa valeur en tant qu'outil flexible et axé sur l'apprentissage (Belcher et al., 2020 ; Breuer et al., 2016 ; Janzen et al., 2017).

4.2.3 La ToC comme cadre d'évaluation

La ToC élaborée permet de développer un cadre utile pour l'évaluation du programme CHW. À l'aide des indicateurs examinés, il est possible de construire un cadre d'évaluation systématique et axé sur l'apprentissage qui permette de suivre l'avancement et l'impact du programme (Breuer et al., 2016). Les participants ont ainsi indiqué les indicateurs réalisables à court terme et ceux déjà mesurés avec l'outil d'enregistrement actuel, et les indicateurs pertinents mais nécessitant une élaboration plus poussée. En commençant à relier explicitement les indicateurs aux objectifs à court et à long terme, il est possible de savoir quelles données sont essentielles pour suivre systématiquement l'avancement du programme et dans quelle mesure les objectifs visés sont atteints. La non-réalisation de ces objectifs peut indiquer que la logique ou la structure sous-jacente doit être révisée (Belcher et al., 2020). Toutefois, la discussion conjointe sur les indicateurs a également mis en évidence le fait qu'un cadre d'évaluation ne dépend pas seulement des indicateurs sélectionnés, mais aussi de la manière dont ils sont formulés et appliqués. Les participants ont insisté à plusieurs reprises sur le fait que les indicateurs doivent être suffisamment spécifiques et adaptés au contexte pour être significatifs dans la pratique quotidienne des CHW.

En outre, une évaluation ne peut pas être mesurée uniquement par des facteurs de fond : après tout, le programme CHW opère dans des contextes institutionnels et politiques plus larges. Ceux-ci déterminent en grande partie la mesure dans laquelle le programme peut être mis en œuvre efficacement et ancré durablement (Breuer et al., 2016). Les ateliers ont clairement montré que tous les indicateurs proposés ne relèvent pas de la sphère d'influence directe du programme CHW. L'examen des facteurs externes et des risques au cours de l'exercice ToC a mis en évidence les dynamiques contextuelles qui influencent l'efficacité du programme et qui peuvent faciliter ou entraver la réalisation de l'impact visé (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020 ; De Silva et al., 2014). Par exemple, la mise en œuvre éventuelle de certains indicateurs s'est avérée très dépendante des contextes locaux et des structures de gouvernance, du financement externe du programme CHW et des décisions politiques.

Ces résultats illustrent combien le changement à long terme au sein du programme CHW dépend des ajustements structurels au sein du système de soins et politique (Belcher et al., 2020 ; Breuer et al., 2016). La disponibilité de ressources financières et d'un soutien structurel est une condition essentielle à la mise en œuvre, à l'adaptation des structures existantes et à l'établissement de nouvelles formes de collaboration dans le cadre du programme CHW (Belcher et al., 2020 ; Breuer et al., 2016 ; De Silva et al., 2014). Cela rejoint la littérature scientifique qui indique que les priorités et les choix politiques peuvent soit renforcer, soit saper les initiatives communautaires (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020) ; une dynamique clairement visible dans la mise en œuvre du programme CHW.

4.3 Points forts et limites de la recherche

L'application de la ToC dans le cadre du programme CHW belge illustre à la fois la valeur ajoutée et les défis liés à l'utilisation d'un cadre de réflexion dynamique et participatif. Les principaux points forts et limites du processus de recherche appliqué sont examinés ci-après.

4.3.1 Points forts

L'application du processus ToC s'est avérée être un exercice précieux pour expliciter les priorités stratégiques au sein du programme CHW. La cartographie systématique des objectifs, des indicateurs possibles, des risques externes, etc. a aidé les participants à mieux comprendre ce qui contribue à la vision à long terme et où des ajustements ou des efforts supplémentaires sont nécessaires. En outre, l'exercice a permis de commencer à établir des indicateurs pertinents pour le contrôle et l'évaluation.

L'approche interactive et participative, un principe fondamental de la méthodologie de la ToC (Belcher et al., 2020), a laissé la place à la discussion et à la concertation au sein des ateliers et des équipes. En outre, les schémas visuels provisoires de la ToC et des contributions générées par l'IA se sont avérés un levier efficace pour approfondir la réflexion. En adoptant une approche flexible, la méthodologie a pu être adaptée tout au long de l'exercice en fonction de l'avancement afin d'obtenir le résultat le plus complet possible. Il a ainsi été décidé d'organiser un atelier supplémentaire au sein de l'équipe politique, de déplacer certains thèmes d'un atelier à l'autre ou d'intégrer un exercice préparatoire supplémentaire à la méthodologie.

L'approche théorique du résultat d'un exercice ToC, à savoir un outil de travail dynamique qui doit être continuellement adapté à un contexte changeant (Belcher et al., 2020 ; Breuer et al., 2016 ; Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020), reflète étroitement la réalité du programme CHW. En effet, le programme est fortement influencé par les divers contextes locaux dans lesquels il opère et par l'évolution des conditions sociales. Cela fait de la ToC un point de départ pour un ajustement continu avec une application flexible et sensible au contexte, non seulement possible, mais aussi nécessaire dans le cadre du programme CHW.

4.3.2 Limites

L'une des principales limites de l'exercice ToC a été le peu de temps disponible pour le processus d'élaboration. En raison des différentes étapes méthodologiques, la collecte des données a dû être effectuée en quelques mois. En outre, les participants ont combiné leur participation aux ateliers avec leurs tâches régulières en tant que CHW et ont dû se déplacer, ce qui leur a demandé de consacrer une quantité considérable de leur temps et de leur espace disponibles. Par conséquent, seul un nombre limité d'ateliers a pu être organisé, ce qui a limité la possibilité d'élaborer une ToC approfondie. En effet, dans l'idéal, un processus d'élaboration d'une ToC nécessite des étapes de réflexion intensives et fréquentes pour parvenir à une élaboration approfondie et réfléchie (Breuer et al., 2016). Cela souligne à nouveau l'importance de considérer la ToC non pas comme un point final, mais comme un cadre dynamique et structurel qui peut être affiné à l'avenir (Belcher et al., 2020).

Certains défis se sont également posés sur le fond. Certains éléments, tels que la formulation d'objectifs à long terme, d'hypothèses sous-jacentes et d'indicateurs, se sont révélés complexes et exigeants pour certains participants. En effet, la pensée abstraite et stratégique ne va pas de

soi et nécessite un temps de réflexion individuel. Pour cette raison, il n'était pas toujours évident pour les participants d'apporter une contribution spontanée lors des ateliers. Bien que de tels défis ne soient pas inhabituels dans les processus participatifs de la ToC (Breuer et al., 2016), ils ont limité la mesure dans laquelle la ToC pouvait être élaborée entièrement à partir de la pratique. En partie par contrainte de temps, il a fallu s'appuyer sur les documents existants du programme (tels que le plan de travail) et sur les suggestions générées par l'IA. Bien que cette méthode soit efficace et claire, elle ne constitue pas une alternative équivalente aux sessions de réflexion riches et collaboratives dans lesquelles la contribution est entièrement générée de la base vers le sommet. En effet, la littérature souligne que la force d'une ToC réside précisément dans la création et la validation participatives de ses différentes composantes (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020).

Les rapports hiérarchiques au sein du programme CHW ont joué un rôle important au cours de l'exercice ToC. Certains participants au sein de l'équipe des responsables d'équipe et des CHW ont indiqué ne pas voir l'utilité de certaines parties de l'exercice, car ils n'avaient pas l'impression que leur voix était correctement représentée dans le contexte plus large du programme mais que les décisions finales étaient principalement prises par l'équipe politique. Cette perception d'une participation limitée a donné lieu à des réflexions critiques sur le processus lui-même : certains ont explicitement exprimé leur inquiétude quant au fait que l'exercice ToC représentait une forme de pseudo-implication plutôt qu'un véritable dialogue participatif. Cela souligne la manière dont les rapports de force existants peuvent influencer le degré d'ouverture, d'engagement et de confiance dans les processus participatifs, et combien il est important de reconnaître explicitement ces dynamiques et d'y remédier (Breuer et al., 2016).

En outre, la ToC intègre les influences externes, révélant tout au long de l'exercice comment le fonctionnement et le développement du programme CHW sont influencés par les choix politiques et les contextes institutionnels. L'incertitude quant à la poursuite du programme CHW s'est maintenue tout au long du processus, ce qui a sensiblement influencé l'exécution de l'exercice. Cette incertitude a non seulement conduit certains participants à s'interroger sur l'utilité d'une réflexion approfondie et tournée vers l'avenir, mais elle a également révélé à quel point la réalisation des objectifs dépend de décisions externes, même lorsque le soutien est fort sur le plan du fond et en interne. Il s'agit d'un défi bien connu pour les programmes politiques temporaires qui travaillent avec des groupes cibles vulnérables et opèrent dans des circonstances qui évoluent rapidement (De Silva et al., 2014).

5 Recommandations

Sur la base de l'exercice ToC et des résultats obtenus, certaines recommandations sont formulées pour renforcer la mise en œuvre et l'exécution ultérieures :

1. Faire de l'élaboration de la ToC commune un processus itératif

Les résultats ci-dessus constituent une première base commune, mais une ToC est un outil de travail dynamique qui nécessite un réajustement régulier. En outre, comme décrit dans la discussion, en raison des contraintes de temps de la recherche, des points d'attention et des thèmes qui appellent une discussion plus approfondie existent. En révisant et en affinant régulièrement la ToC, celle-ci peut évoluer avec la pratique et rester pertinente dans le cadre d'un

contexte changeant et de besoins politiques en constante évolution. Ce faisant, il est important de rester attaché à une formulation claire et à la faisabilité des objectifs fixés. En outre, ces moments d'échange récurrents peuvent servir de processus d'apprentissage et de réflexion internes, qui permettent de mieux harmoniser le fonctionnement des différents niveaux. Il en résulte une compréhension commune des objectifs poursuivis et de la voie à suivre pour les atteindre.

2. Élaborer un cadre opérationnel clair concernant les responsabilités et la prise de décision dans la ToC

L'une des limites de la ToC est que le modèle n'indique pas explicitement qui est responsable des différentes composantes, ce qui peut créer une ambiguïté quant à la répartition des activités, par exemple en termes de représentation au sein des conseils politiques ou de délimitation des tâches des CHW. L'élaboration d'un cadre de responsabilité clair peut favoriser l'efficacité et la cohérence, éviter les chevauchements et les doubles emplois et réduire les frustrations des parties prenantes.

3. Utiliser la ToC comme point de départ pour élaborer un cadre d'évaluation

La ToC élaborée et les indicateurs examinés constituent une base viable pour l'élaboration d'un cadre systématique et structurel d'évaluation dans le cadre du programme CHW. Poursuivre l'affinement participatif de ce cadre permettra non seulement de renforcer l'efficacité du programme, mais aussi de contribuer à un contrôle plus cohérent et mieux étayé de son fonctionnement.

4. Délimiter clairement les activités de base du programme CHW, en laissant place à une flexibilité spécifique au contexte

Les discussions au cours des ateliers ont clairement montré que, malgré un large consensus sur le fonctionnement de base des CHW, la pratique quotidienne peut varier considérablement en raison des différents contextes locaux. La ToC souligne qu'une base commune est nécessaire pour contrôler l'impact et la qualité, mais qu'il faut en même temps une flexibilité suffisante pour répondre aux besoins locaux.

5. Renforcer les échanges de communication entre la coordination, les responsables d'équipe et les CHW

Les ateliers ToC ont montré que les liens entre les différents niveaux font parfois défaut, ce qui entraîne une fragmentation de l'information, un manque de clarté sur les priorités et un sentiment de pseudo-implication parmi les CHW et les responsables d'équipe. Une meilleure communication interne augmentera l'engagement envers les objectifs et renforcera la cohésion au sein du programme.

6. Réinstaurer des formes de collaboration plus horizontales et interactives (par exemple, des groupes de travail)

Dans le prolongement de la recommandation précédente, une structure plus participative renforcera la qualité, la légitimité et le soutien de l'action. Les CHW travaillent au plus près du groupe cible et disposent de connaissances pratiques cruciales, ce qui améliorera l'harmonisation des décisions politiques sur la pratique. Au cours de l'exercice ToC par exemple,

il a été suggéré à plusieurs reprises que la réinstallation de groupes de travail thématiques serait bénéfique pour cette structure décisionnelle participative.

6 Références

- Belcher, B. M., Davel, R., & Claus, R. (2020). A refined method for theory-based evaluation of the societal impacts of research. *MethodsX*, 7, 100788. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2020.100788>
- Breuer, E., Lee, L., De Silva, M., & Lund, C. (2016). Using theory of change to design and evaluate public health interventions: A systematic review. *Implementation Science*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0422-6>
- Cassetti, V., & Paredes-Carbonell, J. J. (2020). Theory of change: a tool for participatory planning and evaluation in community health. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 305–307. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.002>
- De Silva, M. J., Breuer, E., Lee, L., Asher, L., Chowdhary, N., Lund, C., & Patel, V. (2014). Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*, 15(267), 1–6.
- Janzen, R., Ochocka, J., & Stobbe, A. (2017). Towards a Theory of Change for Community-based Research Projects. *Engaged Scholar Journal: Community-Engaged Research, Teaching, and Learning*, 2(2), 44–64. <https://doi.org/10.15402/esj.v2i2.165>
- Mackenzie, M., & Blamey, A. (2005). The Practice and the Theory: Lessons from the Application of a Theories of Change Approach. *Evaluation*, 11(2), 151–168. <https://doi.org/10.1177/1356389005055538>
- Manohar, N. D., Liamputtong, P., Bhole, S., & Arora, A. (2017). Researcher Positionality in Cross-Cultural and Sensitive Research. Dans P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 1–15). Springer Nature Singapore.
- Masquillier, C. (2025). Learning from worldwide community health worker programs: exploring their potential for integrated care in Belgium. Dans V. Amelung, V. Stein, E. Suter, N. Goodwin, R. Balicer, & A. Beese (Eds.), *Handbook of Integrated Care* (p. 1–24). Springer, Cham. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-031-25376-8_100-1
- Masquillier, C., & Cosaert, T. (2022). Community health workers: A sustainable health system innovation or just an emergency response? *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1040539>
- Masquillier, C., Cosaert, T., & Wouters, E. (2022). *Community Health Workers in België. Rapport 2021*.
- The Center for Theory of Change. (2019). *What is theory of Change?* <https://www.theoryofchange.org/what-is-theory-of-change/%0A%0A>

a mis en forme : Retrait : Gauche : 0,85 cm, Interligne : Multiple 1,15 li



La collaboration entre CHW Anvers et "Praktijk Aan de Stroom (PAS)": une étude de cas

OBJECTIF DE RECHERCHE

- Mettre en lumière la collaboration avec le PAS, telle qu'elle s'est développée depuis la création du PAS.
- Cette recherche constitue une étude de cas unique et pertinente, permettant d'approfondir des recherches antérieures plus larges sur la collaboration dans le programme CHW

(voir Apers et al., 2024).

Qu'est-ce que le PAS ?

- Structure de soins primaires multidisciplinaire pour les Anversoïses sans médecin généraliste, fondée en 2025.
- « Nurse-driven model » : le patient est pris en charge par le professionnel le plus approprié.
- Situé à l'hôpital Cadix, centre d'Anvers.

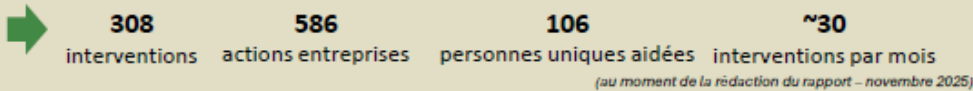
MÉTHODOLOGIE

Triangulation de différentes sources de données :

- Documents internes du projet (rapports, échanges de courriels internes)
- Participation à des moments de concertation internes, webinaire PAS
- Entretiens approfondis avec des CHWs actifs au sein du PAS et 3 collaborateurs du PAS

RÉSULTATS

Rôles et tâches des CHWs au sein du PAS



Points forts de la collaboration

Amélioration de l'accessibilité aux soins

- Réduction des barrières grâce au soutien linguistique, à l'aide administrative et à l'accompagnement pratique
- Les CHWs peuvent assumer des tâches que les collaborateurs du PAS ne peuvent pas exécuter
- Les CHWs disposent d'une bonne connaissance du réseau social, des possibilités d'orientation et des services locaux

Flexibilité dans le déploiement

- Les CHWs sont joignables par téléphone en plus des permanences d'accueil; Ils peuvent faire appel à des collègues CHW pour des tâches spécifiques ou des affinités culturelles particulières

Confiance et proximité

- La relation de confiance met en évidence les besoins de soins sous-jacents et favorise la continuité des soins

Défis et points d'amélioration

Interne	Fonctionnement fortement dépendant des personnes	Suivi structurel des patients	Communication des rôles
Externe	Fonctionnement du centre d'appels	Conditions de mutualité des patients du PAS	

RECOMMANDATIONS

- 1 (Ré)introduire régulièrement les CHWs auprès des (nouveaux) collaborateurs du PAS
 - 2 Développer un suivi systématique des patients
 - 3 Mettre en place une concertation d'évaluation structurée au niveau de la coordination
- A** Mentionner structurellement le CHW par le centre d'appels
- B** Engager un dialogue politique : donner accès au PAS aux personnes non affiliées à une mutualité

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement les community health workers, le responsable de l'équipe CHW d'Anvers et le personnel du PAS pour leur participation à la recherche.

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

Veillez-vous référer au rapport sous la dénomination :

Apers Hanne & Masquillier Caroline, Onderzoeksrapport 2025 – De samenwerking tussen CHW Antwerpen en Praktijk Aan de Stroom (PAS), Université d'Anvers : Anvers, 14 p., DOI: 10.63028/10067/2212620151162165141

Illustration de couverture

Gheleyne Bastiaen, www.gheleynebastiaen.be

Sommaire

1. Introduction.....	33
2. Méthodologie	34
3. Émergence de la collaboration	34
4. Déroulement de la collaboration	35
5. Rôles et tâches des CHW au sein du PAS	36
6. Points forts & impact de la collaboration.....	38
7. Défis et points d'amélioration.....	39
8. Recommandations	41
9. Discussion et conclusion	42
10. Références.....	44

1. Introduction

Cette étude de cas examine la collaboration entre l'équipe Community Health Workers (CHW) anversoise et la structure de première ligne Praktijk Aan de Stroom (PAS), un cabinet récemment créé pour répondre aux besoins du groupe croissant d'Anversois qui n'ont pas de médecin généraliste attiré. L'étude complète en profondeur la recherche antérieure menée dans le cadre du programme CHW (<https://www.chw-intermut.be/>) en 2023 (Apers et al., 2024 ; Apers & Masquillier, 2024). Cette recherche antérieure offrait une large vue d'ensemble des formes de collaboration au sein du programme CHW : avec qui, pourquoi et de quelle manière la collaboration a lieu ; et quels sont les résultats et les obstacles observés.

Par cette étude de cas, nous passons d'une analyse générale du programme à une exploration approfondie d'une collaboration spécifique. En effet, la collaboration entre l'équipe CHW et le PAS offre une étude de cas unique et particulièrement pertinente. Étant donné que le PAS était en phase de démarrage au moment où les CHW ont été impliqués, l'ensemble du processus a pu être suivi de près et documenté. Cela a fourni une occasion idéale pour comprendre comment une collaboration entre les CHW et une nouvelle structure de première ligne prend forme, et quelles sont les conditions qui contribuent à une intégration réussie des CHW dans un établissement de soins de santé.

Cette étude de cas vise par conséquent à fournir une compréhension détaillée de la création, du fonctionnement et du déroulement actuel de la collaboration entre l'équipe CHW et le PAS, ainsi que de la valeur ajoutée et des défis restants qui sont apparus au cours de ce processus. Ces informations, ainsi que les résultats de la recherche précédente (Apers & Masquillier, 2024), seront utiles pour élaborer et développer davantage les collaborations (futurs) dans le cadre du programme CHW.

Outre la valeur ajoutée qu'elle apporte au contenu, cette étude de cas est également pertinente d'un point de vue scientifique. Des études internationales montrent que les CHW peuvent réduire les inégalités en matière de santé entre différents groupes parce qu'ils possèdent des connaissances uniques, jouissent de la confiance des communautés avec lesquelles ils travaillent et servent de passerelles entre les patients et les structures de soins formelles (Damio et al., 2017 ; Glenton et al., 2021). Les collaborations entre les CHW et les prestataires de soins de santé et d'aide sociale contribuent à améliorer l'accès et la qualité des soins, en particulier pour les groupes de population socialement vulnérables (Mupara et al., 2022 ; Washburn et al., 2022). Dans le même temps, la littérature souligne que l'intégration des CHW dans les équipes de soins est souvent complexe, prend du temps et peut s'accompagner d'une confusion en matière de rôles, de conflits ou de sentiments de concurrence (LeBan et al., 2021 ; Washburn et al., 2022). En Belgique et en Europe, il n'existe toutefois qu'une base empirique limitée sur la manière dont ces collaborations prennent forme dans la pratique. La présente étude de cas, en plus de la recherche menée en 2023 (Apers & Masquillier, 2024) contribue ainsi à la littérature internationale sur l'intégration des CHW.

Il est important de noter, à la lecture de ce rapport, que la collaboration est en constante évolution et que cette description doit dès lors être considérée comme un instantané plutôt que comme une analyse finale définitive.

2. Méthodologie

La présente recherche a été menée par un chercheur indépendant de l'Université d'Anvers, Faculté des sciences sociales. Le consentement éthique préalable a été obtenu auprès du Comité consultatif d'éthique pour les sciences sociales et humaines de l'Université d'Anvers (SHW_2023_7_1).

L'étude de cas est basée sur plusieurs sources de données : des documents internes au projet (tels que des rapports et des courriels internes), la participation à des moments de concertation interne et à un webinar sur le fonctionnement du PAS, des entretiens approfondis avec deux CHW travaillant en étroite collaboration avec le PAS, ainsi qu'un entretien avec trois collaborateurs de l'équipe du PAS.

La procédure de consentement éclairé a été suivie au début de chaque entretien, au cours de laquelle les participants ont été informés sur l'objectif ainsi que sur la méthode de la recherche et ont été explicitement invités à participer. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur audio, puis transcrits à l'aide d'un programme reconnu de transcription par l'IA.

Les données obtenues ont ensuite été triangulées et analysées à l'aide du programme d'analyse qualitative NVivo 14. Les principales conclusions de cette analyse sont présentées ci-dessous.

3. Émergence de la collaboration

Une nouvelle structure multidisciplinaire de première ligne a été créée à Anvers en 2025 pour répondre à la pénurie de médecins généralistes : Praktijk Aan de Stroom (PAS). Les Anversois qui n'ont pas de médecin généraliste attiré peuvent s'adresser temporairement au PAS pour obtenir des soins et un accompagnement, jusqu'à ce qu'ils puissent s'adresser à un médecin généraliste attiré. Le PAS résulte du « Zorgpunt voor Oekraïense oorlogsvluchtelingen » [Point de soins pour les réfugiés de guerre ukrainiens] et est situé à l'hôpital Cadix, où il a été officiellement inauguré en avril 2025.

Le cabinet fonctionne selon un modèle multidisciplinaire « *nurse-driven* » (pilote par le personnel infirmier), où le patient est aidé par le prestataire de soins de santé le mieux adapté à sa demande d'aide, qui n'est donc pas nécessairement un médecin généraliste. Les inscriptions au PAS se font actuellement via le site huisartszoeker.be ou le centre de contact. Les patients qui ne trouvent pas de médecin généraliste par ce biais peuvent obtenir un rendez-vous auprès du PAS, à condition d'être affiliés à une mutualité ; ceux qui ne sont pas affiliés ne peuvent pas être reçus par le PAS. Au moment de la rédaction de ce rapport, plus de 2 500 patients ont déjà été aidés au PAS.

Dès le début, le coordinateur régional et fédéral du programme CHW au niveau politique s'est engagé à intégrer structurellement les CHW dans le PAS. Dès que cette intégration s'est concrétisée dans la pratique, certains CHW de l'équipe anversoise ont été transférés, essentiellement sur la base de leur disponibilité, pour travailler auprès du PAS. La collaboration s'est déroulée en plusieurs phases :

- **Phase pré-PAS (janvier - mars/avril 2025) :**

Au cours de cette période, les CHW ont collaboré avec le Zorgpunt voor Oekraïense oorlogsvluchtelingen, qui a été progressivement ouvert à d'autres personnes n'ayant pas de médecin généraliste attiré. Les inscriptions se sont passées via le centre d'appel, où les collaborateurs ont vérifié si la personne était éligible pour le recevoir le soutien d'un CHW. Les CHW ont ensuite reçu d'un collaborateur du Zorgpunt une liste de patients

qu'ils ont ensuite contactés, principalement pour vérifier s'ils étaient affiliés à une mutualité ou s'ils avaient un médecin généraliste attitré. Si ce n'était pas le cas, les CHW apportaient leur soutien pour que les patients puissent quand même se rendre au PAS. Lorsqu'ils n'avaient pas le droit de s'affilier à une mutualité, les CHW les orientaient spécifiquement vers le CPAS ou Médecins du Monde, en vue d'accéder à des soins médicaux.

- **Phase de transition jusqu'à l'ouverture officielle du PAS (avril 2025) :**

Peu avant le déménagement dans les nouveaux locaux définitifs de l'hôpital Cadix, le fonctionnement du PAS a été progressivement étendu par l'intermédiaire de diverses organisations. L'ouverture officielle ayant eu lieu le 25 avril, le cabinet a fait l'objet d'une large publicité par le biais des médias et d'autres canaux de communication. Cet agrandissement d'échelle a progressivement étendu les tâches et responsabilités des CHW qui sont, par exemple, devenus du fait de leur position de confiance vis-à-vis des personnes en situation de vulnérabilité, d'importants bâtisseurs de ponts lors des entretiens d'admission.

- **Ancrage et poursuite de la croissance du PAS (avril - décembre 2025) :**

Après l'ouverture officielle, le PAS a continué à croître. L'équipe du PAS a été élargie pour inclure des médecins généralistes et des infirmiers supplémentaires, des collaborateurs d'accueil, un coordinateur, des paramédicaux et, depuis octobre 2025, un psychologue de première ligne. Parallèlement, le rôle des CHW au sein du PAS s'est également concrétisé davantage : ils ont obtenu des permanences fixes dans leur propre espace de travail, une plus grande visibilité interne et ont pu assumer davantage de tâches.

4. Déroutement de la collaboration

La collaboration entre les CHW et le PAS est, compte tenu du lancement récent du PAS, encore en pleine évolution et se développe de manière organique. Actuellement, deux CHW organisent chacun une permanence d'une demi-journée au PAS, le mardi et le vendredi matin. Durant ces moments, ils reçoivent des patients qui leur ont été adressés par les collaborateurs du PAS, principalement les collaborateurs d'accueil et les infirmiers, ou qui passent spontanément.

Depuis le début de la collaboration, les deux CHW ont mené 308 interventions, pour lesquelles 586 actions distinctes ont été entreprises, pour 106 personnes uniques. Cela signifie qu'en moyenne, les CHW effectuent environ trente interventions par mois pour les patients du PAS. Il n'existe aucun enregistrement officiel des personnes qui ont bénéficié d'une aide, mais d'après des informations informelles, il s'agit essentiellement de nouveaux arrivants, de personnes en situation de vulnérabilité sociale et de personnes issues de milieux culturels et linguistiques différents. Cependant, toute personne se trouvant sur le territoire d'Anvers peut accéder au PAS, et donc aussi aux CHW.

« Il n'y a pas que les personnes qui ne peuvent pas parler la langue. Nous avons également constaté qu'une personne originaire des Pays-Bas, qui parle donc très bien la langue, a demandé « oui, j'aimerais avoir l'aide [du CHW], parce que je ne sais pas comment commencer' » (Entretien avec un collaborateur du PAS)

Il n'existe actuellement aucun suivi structurel des dossiers dans lesquels les CHW interviennent. Le suivi et la concertation à ce sujet se font de manière ad hoc, par exemple lors de moments de

contact informels entre un(e) infirmier(ère) et le CHW. Le CHW n'a pas d'accès actif aux systèmes d'enregistrement ou aux dossiers médicaux au sein du PAS, mais il a accès à certaines listes d'attente (par exemple, pour le psychologue). Ces listes d'attente leur permettent de suivre les patients qui ont besoin d'un soutien et ceux, le cas échéant, qu'ils peuvent eux-mêmes inscrire.

5. Rôles et tâches des CHW au sein du PAS

Au cours des différentes phases du fonctionnement du PAS et des diverses formes de collaboration, les CHW ont progressivement assumé des tâches et des rôles différents. Au début, leur contribution consistait principalement en un contact téléphonique avec les patients inscrits au Zorgpunt. Lors de ces entretiens, ils vérifient si l'affiliation à la mutualité est en règle et si la personne a un médecin généraliste attiré, et si ce n'est pas le cas, ils accompagnent les patients pour leur assurer un accès aux soins médicaux.

À partir du moment où le PAS est devenu officiellement opérationnel, les tâches des CHW se sont progressivement élargies. D'après les cas suivis par les CHW depuis la création jusqu'au moment de la rédaction du présent rapport, leurs services consistent principalement à remplir les rôles suivants :

- **Personne-relais en santé**

En raison de leur expérience du multilinguisme, des différents contextes culturels et des personnes vivant dans des situations vulnérables, les CHW interviennent souvent comme créateur de lien au sein du PAS. Ils forment le lien avec les autres prestataires de soins de santé, favorisent la communication entre les collaborateurs du PAS et les patients, etc.

« Par exemple, une famille qui vient régulièrement et avec laquelle le CHW peut vraiment communiquer, nous pas. Ou beaucoup plus difficilement. Oui, dans ce cas, le CHW est notre point de contact entre la famille et le PAS ». (Entretien avec un collaborateur du PAS)

Ce rôle s'avère crucial pour les nouveaux arrivants et les personnes issues de milieux culturels et linguistiques différents.

- **Navigation et soutien administratif**

Les CHW soutiennent les patients du PAS pour se mettre en règle avec leur mutualité, explorent les droits en matière de santé pour ceux qui ne les connaissent pas, cherchent des prestataires spécialisés et organisent des rendez-vous ou des transferts. Dans certains cas, ils accompagnent physiquement les patients dans les pharmacies, chez les spécialistes ou auprès d'autres services.

« Et une femme enceinte avec son fils aussi. Leur mutualité n'était pas encore en ordre. La maman devait se rendre chez le gynécologue, mais n'était pas en règle avec la mutualité. Elle a dû payer 100 euros d'acompte à l'hôpital pour la consultation. La consultation a donc été très coûteuse. Et elle avait déjà obtenu un nouveau rendez-vous chez le gynécologue dans la semaine, car c'était urgent. Nous avons donc mis son dossier en ordre, mais le traitement a pris du temps. Ils m'ont recontacté quelques jours plus tard via Solidaris, un lundi. Le rendez-vous a été fixé au mardi. Nous avons mis le dossier en ordre juste à temps, la dame a pu se rendre au rendez-vous sans problème.

La mutualité de son fils n'était pas non plus en ordre en raison de l'absence d'un acte de naissance. Il nous a fallu obtenir l'acte de naissance du fils. Où se trouve l'acte de

naissance ? Oui, elle ne le savait pas. Au cabinet de l'avocat probablement ou au commissariat. La maman n'était plus en sa possession. Finalement, grâce à l'avocat, elle a pu en obtenir une copie et la fournir à la mutualité, et c'est ainsi que les choses se sont arrangées. » (Entretien CHW)

- **Figure de confiance**

Les CHW peuvent consacrer plus de temps pour s'entretenir avec les patients que les collaborateurs du PAS, ce qui leur permet souvent d'instaurer une relation de confiance avec eux. Cela leur permet également d'identifier d'autres demandes de soins ou des difficultés sous-jacentes.

« Et je pense que certains se sentent à l'aise à un certain moment.... Parce que je n'ai vu cette dame qu'une seule fois et nous étions finalement en train de chercher un dentiste. C'était la demande d'aide, la réorientation [à partir du PAS]. Mais à la fin [de l'entretien], elle m'a également dit qu'elle aurait besoin d'une aide psychologique en raison de problèmes familiaux. » (Entretien CHW)

- **Travail de proximité (outreach)**

Les CHW contactent les personnes orientées par l'accueil du PAS, par exemple celles qui ont besoin d'aide pour leur affiliation à une mutualité.

La collaboration compte également une composante de réciprocité : grâce à leur rôle de proximité dans le contexte anversois, les CHW et leurs collègues orientent les personnes qui n'ont pas de médecin généraliste attiré vers le PAS.

Dans la pratique, les huit rôles définis pour les CHW dans le contexte belge (voir le site web <https://www.chw-intermut.be>) ne sont pas encore tous exploités de manière optimale au sein du PAS. Cela s'explique en partie par la nature des demandes d'aide des patients, et en partie par le fait que tous les collaborateurs du PAS n'ont pas encore une compréhension suffisante des tâches et des responsabilités qu'un CHW peut assumer.

Bien que l'équipe CHW, tant le responsable d'équipe que les CHW actifs au sein du PAS, ait expliqué leurs rôles et leurs tâches à l'équipe du PAS à plusieurs reprises, il semble que ces informations ne soient pas encore claires pour tout le monde. Cela vient du fait que tous les collaborateurs du PAS n'ont pas pu assister à ces moments de clarification, ainsi que par les changements de personnel et les nouvelles recrues au sein de l'équipe du PAS. Ces informations ne sont pas partagées de manière adéquate en interne, ce qui conduit certains collaborateurs à ne pas savoir exactement quelles sont les limites pratiques du rôle des CHW.

« Je ne sais pas toujours jusqu'où leur aide peut aller... Quelles sont l'ampleur et l'intensité de leur action ? Et dans quelle mesure pouvons-nous poser ces questions ? Par exemple, dans le cas de certaines personnes, ils les accompagnent même jusqu'à la porte du prestataire de soins de santé parce que le patient ne peut pas trouver le chemin. Dans quelle mesure cela relève-t-il du rôle d'un community health worker ? Ou est-ce plutôt en raison de leur grande implication, par exemple ? Et oui, parce que ce n'est pas très clair, nous ne le savons pas non plus... Supposons que la prochaine fois, nous ayons un patient qui ne connaît vraiment pas le chemin, pouvons-nous demander au CHW. « Vous devez vraiment l'accompagner jusqu'à la porte ? » [...] Parce qu'alors, nous pouvons déjà indiquer à ce patient que « c'est ce que fait le CHW et qu'ensuite, cela s'arrête ». » (Entretien avec un collaborateur du PAS)

Bien que les CHW travaillant au sein du PAS déclarent eux-mêmes que leur rôle se clarifie et est mieux intégré avec le temps, la clarification des rôles et des tâches des CHW au sein du PAS doit faire l'objet d'un rafraîchissement constant et d'une communication claire à l'ensemble des (nouveaux) collaborateurs.

6. Points forts & impact de la collaboration

La collaboration est jugée positive des deux côtés, les CHW indiquent qu'ils remplissent un rôle de plus en plus reconnu et structuré dans le fonctionnement du PAS, et les collaborateurs du PAS soulignent plusieurs domaines dans lesquels les CHW apportent une nette valeur ajoutée.

- **Amélioration de l'accessibilité des soins**

La principale contribution des CHW réside dans l'amélioration de l'accès aux soins. Ils réduisent les obstacles auxquels se heurtent les patients au sein du PAS en leur apportant un soutien en matière de communication et de langue, de difficultés administratives, d'orientation au sein du système de soins de santé et d'accompagnement pratique. Ce sont des tâches que les collaborateurs du PAS ne prennent pas eux-mêmes en charge ou pour lesquelles ils ne disposent pas de suffisamment de temps ou de connaissances.

« D'une part, ils ont ce temps supplémentaire et, d'autre part, ils ont une connaissance de la carte sociale et un réseau que nous n'avons pas. Oui, j'ignore la durée du délai d'attente chez tel ou tel gynécologue. Et si j'envoie quelqu'un vers le CHW, il sait bien si l'attente est longue ou non. Comme ils s'en occupent, ils ont une bien meilleure vue des choses que nous. Oui. » (Entretien avec un collaborateur du PAS)

- **Confiance et proximité**

Leur présence à des heures fixes et le fait qu'ils puissent accorder suffisamment de temps et d'espace aux patients amènent les CHW à devenir des personnes de confiance pour de nombreux patients, ce qui favorise la continuité des soins.

- **Flexibilité dans l'intervention**

Les CHW sont également appréciés pour leur attitude de travail flexible. Outre leurs permanences fixes, les CHW sont également joignables par téléphone et font appel à leurs collègues lorsqu'ils ont une meilleure expertise de certaines questions ou de certains contextes culturels.

« Parfois, ils ne sont justement pas assez présents, et nous sommes alors très contents de pouvoir les appeler. Le problème est alors réglé par téléphone. » (Entretien avec un collaborateur du PAS)

D'après les collaborateurs du PAS, la collaboration avec les CHW représente par conséquent une grande valeur ajoutée. Ils voient encore de nombreuses opportunités et un potentiel de croissance dans la collaboration, et souhaitent s'engager à intégrer celle-ci de manière plus structurelle dans leur fonctionnement.

« J'y vois également des possibilités de poursuivre leur travail dans la pratique. Et puis, je pense davantage au volet social. C'est dans ce cadre, s'il y a un retour d'information, que nous pouvons encore aider le patient. Je pense donc que nous pouvons créer une véritable interaction. » (Entretien avec un collaborateur du PAS)

Les CHW souhaiteraient également que la coopération se développe davantage et prenne une forme plus structurée.

7. Défis et points d'amélioration

Bien que la collaboration entre les CHW et le PAS soit jugée utile par les deux parties, elle est encore en cours de développement. Le lancement récent du PAS et son fonctionnement croissant et évolutif font que certains aspects de la collaboration peuvent encore être développés ou ne sont pas encore intégrés de manière suffisamment structurée. Les deux parties reconnaissent qu'il existe plusieurs points d'attention et des possibilités d'amélioration en vue de renforcer la collaboration :

- **Action personnalisée**

La collaboration avec les CHW n'est pas encore structurellement ancrée dans le fonctionnement du PAS, de sorte que dans la pratique, elle reste souvent centrée sur la personne. Certains collaborateurs entretiennent des liens étroits avec les CHW par le biais de contacts informels ou prennent plus facilement l'initiative de les impliquer eux-mêmes. Cela conduit à une réorientation variée du PAS vers les CHW, l'étendue et la fréquence des réorientations dépendant fortement de chaque collaborateur et de son approche personnelle.

« Lorsque nous examinons l'histoire dans son ensemble, je pense que nous en sommes encore à cette phase, qui est très centrée sur la personne. Cela n'est pas encore structurellement intégré dans l'ensemble de l'équipe. [...] Oui, nous devons passer d'une collaboration centrée sur la personne à une collaboration structurelle. » (Entretien avec un collaborateur du PAS)

Du côté des CHW, cet aspect personnalisé joue également un rôle. Un CHW adopte une approche plus proactive et se présente, par exemple, spontanément à l'accueil lorsqu'il entend une conversation dans laquelle son soutien pourrait être utile. Ainsi, le nombre de cas par CHW varie, de même que l'approche et l'intensité du suivi des cas.

- **Communication (des rôles) insuffisamment claire**

Bien que certains collaborateurs du PAS apprennent à mieux connaître les CHW et à collaborer efficacement avec eux, il subsiste régulièrement un manque de clarté quant à leurs rôles et leurs tâches. Là encore, l'absence d'approche structurelle joue un rôle important : on n'explique pas systématiquement la fonction des CHW et le recours à ces derniers aux nouveaux collaborateurs, et il appartient souvent aux CHW eux-mêmes de prendre l'initiative de se présenter à leurs nouveaux collègues. En outre, les CHW indiquent qu'ils ont besoin d'une communication plus claire sur le fonctionnement du PAS : par exemple, lorsque des nouveaux collaborateurs entrent en service, lorsque les heures de consultation changent, etc.

- **Manque de coordination structurelle et de suivi des patients**

Il existe également un besoin évident en termes de coordination structurelle et de suivi des patients orientés vers les CHW. Étant donné que cela se fait surtout de manière informelle, les collaborateurs du PAS ne sont pas toujours au courant de la manière dont les patients sont ensuite aidés par les CHW, de sorte que la continuité et la vue d'ensemble de l'accompagnement ne sont pas toujours garanties.

« Je trouverais cela pratique. Les patients ne nous disent pas toujours tout. Rien ne les y oblige. Oui, mais si je peux voir les efforts fournis par mon collègue et les actions qu'il a entreprises, je peux les étayer. » (Entretien avec un collaborateur du PAS)

En outre, il existe certains défis dans le contexte immédiat du fonctionnement du PAS, où le recours aux CHW pourrait apporter une valeur ajoutée évidente :

- **Fonctionnement du centre d'appel**

Les personnes à la recherche d'un médecin généraliste peuvent être orientées vers le PAS par l'intermédiaire du centre de contact. Lors de ce premier contact, il est systématiquement vérifié si la personne est déjà affiliée à une mutualité, ce qui est une condition nécessaire pour obtenir de l'aide au sein du PAS. Celles qui ne le sont pas encore et qui souhaiteraient obtenir de l'aide à cet égard sont inscrites sur une « liste de rappel ». Après avoir vérifié qu'ils ne sont pas déjà connus, l'accueil du PAS transmet ces contacts aux CHW. Dans la pratique, cependant, cela n'est pas encore fluide ni systématique. Il pourrait être envisagé d'informer les gens du soutien possible apporté par les CHW dès le premier contact avec le centre d'appel. En outre, un grand nombre de patients semblent ne pas se présenter au premier rendez-vous. On en ignore les raisons, mais on peut supposer que les obstacles financiers et logistiques auxquels se heurtent les personnes en situation de vulnérabilité jouent également un rôle. Il serait utile de vérifier systématiquement lors de la prise de ce rendez-vous si le patient peut se rendre au PAS de manière autonome. Si ce n'est pas le cas, le CHW peut accompagner ces patients à cet égard. Il existe donc des possibilités évidentes de renforcer la collaboration avec les CHW et d'optimiser la réorientation.

- **Limitations imposées par les règles de l'INAMI en matière d'affiliation auprès d'une mutualité**

Le PAS ne peut pas aider les patients qui ne sont pas affiliés à une mutualité. En conséquence, de nombreuses personnes en situation de vulnérabilité sont laissées pour compte, car elles n'ont souvent nulle part où aller. Actuellement, elles sont parfois dirigées vers le service des urgences, ce qui n'est pas souhaitable et entraîne des coûts sociaux plus élevés. Il s'agit souvent de personnes en situation particulièrement vulnérable, comme celles qui ne possèdent pas de titre de séjour. C'est précisément ce groupe cible qui peut être soutenu par les CHW, notamment en identifiant les droits auxquels ils peuvent prétendre et en les accompagnant dans l'accès aux soins.

Ces défis et ces points d'amélioration sont bien connus et reconnus par les deux parties. À l'initiative du responsable de l'équipe CHW, une concertation avec la coordination du PAS a déjà eu lieu, au cours de laquelle certains de ces points ont été examinés. Il y a une volonté de travailler sur ces éléments, bien que l'équipe du PAS en particulier déclare avoir besoin de libérer du temps et de l'espace pour le faire.

8. Recommandations

Sur la base des résultats de l'étude de cas, certaines recommandations sont formulées pour renforcer la coopération entre les CHW et les collaborateurs du PAS :

- **(Ré)introduction formelle et systématique des CHW aux (nouveaux) collaborateurs et volontaires du PAS**

Actuellement, la collaboration repose essentiellement sur des contacts occasionnels et sur l'initiative personnelle des collaborateurs du PAS, complétés par l'attitude individuelle et proactive des CHW. Bien que quelques moments de prise de connaissance formels aient déjà eu lieu, ils n'ont pas été optimaux en termes de timing et de présence des collaborateurs du PAS. En conséquence, la connaissance et la familiarité avec les CHW et leur rôle au sein du PAS sont fragmentées. Un moment de rafraîchissement destiné aux collaborateurs actuels du PAS sur les rôles et les tâches des CHW, complété par des introductions systématiques aux nouveaux collaborateurs et volontaires, pourrait considérablement élargir la collaboration. Étant donné que les CHW n'ont aucune visibilité sur l'entrée en fonction des nouveaux collaborateurs ou volontaires, il est recommandé à la coordination du PAS d'inclure systématiquement l'introduction du travail des CHW dans le processus d'intégration. Comme l'accueil au sein du PAS est assuré par des volontaires qui changent régulièrement, il est essentiel qu'ils soient bien informés du rôle et de la disponibilité des collaborateurs CHW.

- **Suivi systématique des patients réorientés**

Les entretiens ont révélé la nécessité d'une communication plus structurée sur les patients réorientés, en particulier lorsqu'ils font l'objet d'un suivi ultérieur au sein du PAS. Pour l'instant, cette communication est plutôt ad hoc et dépend fortement de la collaboration personnelle entre le CHW et le collaborateur du PAS concerné.

Une documentation plus uniforme des réorientations et des actions entreprises par les CHW semble par conséquent conseillée. Pour les parcours simples, tels que la recherche d'un dentiste ou la mise en ordre d'une affiliation à une mutualité, cela peut se faire éventuellement par écrit. Toutefois, pour les patients qui ont bénéficié d'un suivi plus intensif et qui reprennent ensuite les soins au sein du PAS, un retour d'information plus approfondi sera bénéfique pour les soins, par exemple dans le cadre d'un moment de concertation fixe où ces cas sont examinés.

- **Réunion d'évaluation structurelle sur la collaboration au niveau de la coordination**

Pour développer la collaboration et la rendre pérenne, il convient de planifier régulièrement une réunion d'évaluation et de réflexion structurelle. Cette réunion n'a pas pour but de discuter de cas individuels, mais d'évaluer la collaboration au niveau de la coordination. Lorsque cela se fait actuellement de manière plutôt ad hoc, des réunions à intervalles fixes assureraient un meilleur suivi. Cela permettra de prendre le pouls du déroulement de la collaboration, d'identifier les points d'amélioration et de mieux les aborder.

Pour renforcer l'intégration des CHW dans le fonctionnement du PAS, deux recommandations sont également formulées à l'intention des institutions (politiques) externes responsables du centre d'appel et de la définition des conditions d'accès au PAS :

- **Améliorer la transmission d'informations par le centre de contact**

Comme indiqué précédemment, le centre de contact traite les inscriptions pour le PAS. Cependant, lorsqu'une personne n'est pas affiliée à une mutualité, elle n'est pas systématiquement informée qu'un CHW peut apporter un soutien à cet égard. Les personnes qui cherchent une aide sont inscrites sur une liste de rappel, qui est vérifiée par l'accueil du PAS, puis transmise aux CHW. Il n'est pas non plus d'usage de vérifier, lors de l'inscription, si le patient est en mesure de se rendre au PAS de manière autonome. Si les collaborateurs du centre de contact communiquaient systématiquement sur la possibilité d'obtenir une aide auprès des CHW, certains patients pourraient bénéficier d'un soutien plus important et plus rapide.

- **Dialogue politique sur les conditions de mutualité lors de l'accès au PAS**

Les limitations structurelles qui pèsent sur les personnes ne bénéficiant pas d'une mutualité et qui, à l'heure actuelle, ne peuvent être aidées au sein du PAS, devraient être examinées à un niveau politique plus élevé. En effet, ces conditions ont un impact majeur sur l'accès aux soins des personnes en situation de grande vulnérabilité. Le PAS étant une structure de première ligne pour les personnes n'ayant pas de médecin généraliste, l'aide offerte devrait idéalement être accessible à tous.

Les CHW peuvent également jouer un rôle important à cet égard en vérifiant les droits auxquels une personne peut prétendre et en facilitant l'accès aux soins. En outre, les CHW remplissent une fonction de signal qui leur permet de mettre en évidence des problèmes structurels sous-jacents qui doivent être traités au niveau politique.

9. Discussion et conclusion

La collaboration entre les CHW et le PAS a évolué depuis sa création, passant d'une situation expérimentale et peu claire à une collaboration intégrée et organisée. Cela rejoint les conclusions internationales qui montrent qu'une intégration réussie des CHW dans les structures de première ligne nécessite du temps, de la coordination et de la confiance mutuelle (LeBan et al., 2021 ; Washburn et al., 2022).

La position des CHW en tant que bâtisseurs de ponts et personnes de confiance est un levier important pour réduire les inégalités en matière de santé (Damio et al., 2017 ; Glenton et al., 2021). C'est aussi clairement leur valeur ajoutée au sein du PAS : les patients trouvent les bons soins plus rapidement, la pression administrative sur le PAS diminue et les CHW cherchent activement à répondre aux besoins des patients en matière de droits, d'accès et de suivi des soins de santé. Les CHW jouent par conséquent un rôle clair et essentiel dans l'amélioration de l'accessibilité, de la communication et de l'accompagnement des patients. Cette collaboration est de ce fait conforme à la recherche qui montre que les collaborations entre les CHW et les établissements de soins formels peuvent améliorer la qualité et l'accessibilité des soins, en particulier pour les groupes socialement vulnérables (Mupara et al., 2022 ; Washburn et al., 2022).

Dans le même temps, l'étude de cas confirme également les défis récurrents liés à l'intégration des CHW dans les soins de santé réguliers : à savoir le manque de clarté quant aux rôles, la nécessité d'une communication et d'une coordination ouvertes, et la dépendance à la bonne volonté dans un contexte de contraintes temporelles (Kok et al., 2015 ; LeBan et al., 2021 ; Washburn et al., 2022). Des descriptions claires des rôles, des attentes partagées et des moments de concertation structurés ont également été mentionnés dans la recherche antérieure comme des éléments essentiels à une collaboration durable (Colvin et al., 2021 ; Franklin et al., 2015 ; Perry & Hodgins, 2021).

En conclusion, les expériences acquises au sein du PAS montrent qu'une collaboration bien intégrée avec les CHW est non seulement réalisable, mais qu'elle contribue également de manière considérable à des soins de santé plus inclusifs et plus réactifs.

10. Références

- Apers, H., & Masquillier, C. (2024). Facilitators and Barriers in Collaborations Between Community Health Workers with Primary and Well-Being Providers in Primary Healthcare in Belgium. *Healthcare (Suisse)*, 12(23), 1–15. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232348>
- Apers, H., Mullié, K., Wouters, E., & Masquillier, C. (2024). *Community health workers in België - Rapport 2023*.
- Colvin, C. J., Hodgins, S., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 8. Incentives and remuneration. *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 1–26. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00750-w>
- Damio, G., Ferraro, M., London, K., Pérez-Escamilla, R., & Wiggins, N. (2017). *Addressing Social Determinants of Health through Community Health Workers: A Call to Action* (Issue Hispanic Health Council Policy Brief).
- Franklin, C. M., Bernhardt, J. M., Lopez, R. P., Long-Middleton, E. R., & Davis, S. (2015). Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams: An Integrative Review. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 2. <https://doi.org/10.1177/2333392815573312>
- Glenton, C., Javadi, D., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 5. Roles and tasks. *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00748-4>
- Kok, M. C., Kane, S. S., Tulloch, O., Ormel, H., Theobald, S., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E. W., & de Koning, K. A. M. (2015). How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature. *Health Research Policy and Systems*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0001-3>
- LeBan, K., Kok, M., & Perry, H. B. (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. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00756-4>
- Mupara, L. M., Mogaka, J. J. O., Brieger, W. R., & Tsoka-Gwegweni, J. M. (2022). Community Health Worker programmes' integration into national health systems: Scoping review. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 14(1). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3204>
- Perry, H. B., & Hodgins, S. (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. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00459>
- Washburn, D. J., Callaghan, T., Schmit, C., Thompson, E., Martinez, D., & Lafleur, M. (2022). Community health worker roles and their evolving interprofessional relationships in the United States. *Journal of Interprofessional Care*, 36(4), 545–551. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1974362>