

Community health workers en Belgique

Rapport
2024



Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tous les Community Health Workers, les responsables d'équipe et les coordinateurs pour leurs contributions à ce rapport et leur participation à la recherche. Un merci tout particulier à Jean-Paul Hollants qui a analysé les données d'enregistrement quotidiennes pour ce rapport.

Cette étude a été réalisée pour le compte du Collège National Intermutualiste (NIC) et de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (RIZIV).

Les auteurs

Chapitre 1 : Mise en œuvre du programme CHW en Belgique : mise à jour 2024

Apers Hanne & Mullié Karen

Chapitre 2 : Recherche

Apers Hanne, Wouters Edwin & Masquillier Caroline

Chapitre 3: Accompagnement des CHW dans leur approche des assuétudes

Nedée Marie-Lise & Deville Céline

Veillez-vous référer au rapport en tant que:

Apers Hanne, Mullié Karen, Wouters Edwin & Masquillier Caroline, Community health workers en Belgique – rapport 2024, Université d'Anvers: Anvers, 149 p., DOI: 10.63028/10067/2121340151162165141

Illustration Couverture

Elise Buntinx

Préface

Chère lectrice, cher lecteur,

C'est avec beaucoup d'enthousiasme que nous présentons le rapport d'activité de la quatrième année de notre programme pluriannuel des Community Health Workers (CHW). Cette année encore, nous avons réalisé des progrès impressionnants et obtenu des résultats remarquables. Quelques points forts:

- **Mission et vision** : nous avons formulé conjointement la mission et la vision du programme CHW, ce qui a permis d'établir une base solide pour la suite du développement. Cela permet une plus grande clarté, une meilleure coopération avec les partenaires et un plus grand impact dans le soutien aux groupes en situation de vulnérabilités.
- **Signaux structurels** : Grâce à leur travail de terrain et leur contact direct avec le groupe cible, les CHW détectent au quotidien des freins à l'accès aux soins de santé. Une de nos missions est de rapporter ces observations au niveau politique pour prendre des mesures ciblées. Depuis 2022, nous améliorons continuellement nos procédures de capture et d'analyse des signaux. En 2024, nous avons pris des mesures importantes et noué des contacts précieux pour améliorer l'accessibilité des soins.
- **Sensibilisation des groupes en situation de vulnérabilité** : Nous avons pris plusieurs initiatives pour atteindre encore mieux les groupes les plus vulnérables, avec succès.
- **Team-building** : Pour la première fois en 2024, un budget a été alloué à la mise en place d'une politique d'appréciation. Nos efforts pour souligner l'importance de la cohésion d'équipe, de la reconnaissance intermédiaire et du renforcement de l'esprit d'équipe ont porté leurs fruits. Ces moments d'interaction informelle et détendue sont très appréciés par tous.
- **Les community health workers mis en lumière** : En 2024, nous avons été mis en avant à travers divers canaux. Nous avons de nouveau reçu un prix et avons été présentés avec succès dans le cadre d'une campagne internationale menée par BBC Storyworks, qui mettait en avant des initiatives inspirantes illustrant la diversité, l'impact et la valeur des organisations œuvrant la santé dans le monde. Nous avons également fait plusieurs présentations lors de réunions locales, nationales et internationales.
- **Visites de terrain** : les visites de terrain auprès des équipes CHW, auxquelles les députés fédéraux et régionaux ont été invités, ont été une première expérience enrichissante. Le point d'orgue a été la visite du cabinet de Petra De Sutter aux CHW de Gand. Ces rencontres ont contribué à accroître la visibilité du programme et à renforcer son soutien. Les représentants politiques ont formulés des retours positives, ce qui a renforcé la reconnaissance du programme. En outre, ces visites ont offert des opportunités pour approfondir les collaborations avec les partenaires locaux.

Enfin, dans ce rapport, nous soulignons également plusieurs défis clés pour l'avenir. Nous continuons à nous concentrer sur la prévention, le bien-être des collaborateurs CHW et l'avenir au-delà de 2025.

Nous vous invitons à explorer ce rapport et à découvrir par vous-même les récits inspirants et les résultats obtenus. Nous adressons nos sincères remerciements à tous les collaborateurs dévoués du programme CHW, ainsi qu'aux chercheurs de l'Université d'Anvers, dont l'engagement et l'expertise sont indispensables à notre succès.

Karen Mullié, coordinatrice fédéral programme CHW

Table des matières

Préface.....	3
Introduction.....	8
CHAPITRE 1 Mise en œuvre du programme CHW en Belgique : mise à jour 2024	11
1 Définitions et descriptions des rôles	12
1.1 Définition des CHW	12
1.2 Description du rôle du CHW et du responsable d'équipe.....	12
1.3 Description du rôle de coordinateur.....	12
2 Suivi des signaux structurels en matière d'accessibilité.....	13
2.1 Mobilité.....	14
2.2 Médecin généraliste et dentiste	15
2.3 Santé mentale	15
3 Atteindre les groupes les plus vulnérables	16
4 Les CHW à l'honneur	18
4.1 Awards	18
4.2 Présentations et conférences.....	19
4.3 Médias.....	21
4.4 Enquête	24
5 Modifications du cadre structurel	24
5.1 Modifications dans la structure de gouvernance.....	25
6 Changements de personnel.....	27
6.1 Recrutement	27
6.2 Formations	29
6.3 Journée de rencontre, intervisions et réunions.....	35
6.4 Politique de valorisation	37
6.5 Possibilités de carrière	39
7 Changements dans les matières de soutien.....	39
7.1 Soutien logistique.....	39
7.2 Utilisation de l'outil d'enregistrement.....	39
8 Changements dans la mise en œuvre sur le terrain	46
8.1 Changements des domaines de travail et du fonctionnement local des CHW	46
8.2 Collaborations	48
8.3 Évaluer, renforcer et élargir le fonctionnement des CHW aux niveaux méso et macro	58
9 Quelques défis importants en 2025	64

9.1	Développement approfondi des mesures de prévention et des procédures pour les CHW	64
9.2	Garantir le bien-être des CHW : renforcer l'offre de soutien psychosocial.....	65
9.3	Fonctionnement futur des CHW après 2025	65
CHAPITRE 2 Recherche		66
1	Contexte	67
1.1	Mise en contexte dans la littérature scientifique.....	67
1.2	Mise en contexte des rôles et des tâches dans le programme CHW fédéral.....	72
1.3	Questions de recherche	74
2	Méthodologie	74
2.1	Approbation éthique.....	74
2.2	Consentement éclairé.....	74
2.3	Recherche qualitative.....	75
2.4	Sélection des personnes interrogées	75
2.5	Collecte et analyse des données.....	76
2.6	Réflexion de la chercheuse	76
3	Résultats	77
3.1	Rôles et tâches des CHW.....	77
3.2	Rôles et tâches des responsables d'équipe.....	98
4	Discussion	106
4.1	Rôles et tâches des CHW.....	106
4.2	Importance d'une délimitation claire des rôles et des tâches	106
4.3	Défis liés à la délimitation claire des tâches.....	107
4.4	Rôles et tâches des responsables d'équipe.....	108
5	Points forts et limites de la recherche.....	110
5.1	Points forts	110
5.2	Limites méthodologiques.....	111
5.3	Limites contextuelles.....	111
6	Recommandations.....	111
7	Références	113
CHAPITRE 3 Accompagnement des CHW dans leur approche des assuétudes.....		116
Rapport d'activité Assuétude - Région Flandre		117
1	Changements de personnel.....	117
2	Situer le thème des assuétudes dans le projet CHW	117
2.1	Formation.....	117

2.2	Feedback	118
2.3	Quelle est la place des assuétudes dans le rôle d'un CHW ?	118
2.4	Axé sur la demande ou systématique	119
2.5	Réduction des risques (RdR) vs abstinence.....	120
2.6	Formation basée sur des situations concrètes.....	120
2.7	Expertise en matière de réduction des risques.....	120
2.8	FutureLearn.....	120
3	Mise en réseau	120
3.1	Journée d'étude sur la suicidalité et l'addiction	121
3.2	Tables rondes	121
3.3	Carte sociale.....	121
4	Brainstorming sur l'outil d'enregistrement.....	121
5	Conclusion	122
6	Annexes au Rapport d'activité Assuétude – Région Flandre	124
6.1	Annexe: questions principales sur base des feedbacks après les formations.....	124
6.2	Annexe : Cas pratique de la formation en matière d'assuétudes - automne 2024.....	125
	Rapport d'activité Assuétude – Région Bruxelles, Wallonie et La Communauté germanophone	128
1	Contexte	128
2	Les objectifs du projet	129
3	Rapport d'activités.....	129
3.1	Journée de formation/intervision avec les CHW	129
3.2	Immersion dans des structures spécialisées	134
3.3	Réunions de coordination	135
3.4	Activités annexes.....	136
4	Suivi des objectifs et axes du projet	137
4.1	Renforcer les connaissances et compétences des CHW et de leurs responsables d'équipes face aux questions d'assuétudes (Axes 1 et 6)	137
4.2	S'inscrire dans les réseaux et créer des partenariats (Axes 2, 3 et 5).....	138
4.3	Récolter les signaux (Axe 4)	138
	Résultats de l'enquête sur la thématique des assuétudes	141
1	Introduction.....	141
2	Resultats	141
2.1	Réponse.....	141
2.2	Fréquence des contacts	141

2.3	Fréquence des différentes problématiques	142
2.4	Problématiques complexes	142
2.5	Motif de la demande d'accompagnement	143
2.6	Profil de genre	145
2.7	Profil d'âge	145
2.8	Différences observées	146
2.9	Exemples de situations	147
2.10	Impact sur le fonctionnement	148
2.11	Les besoins des CHW	149
3	Conclusion et suggestions	150

Introduction

Objectif et structure du rapport

Le présent rapport donne un aperçu des activités de la quatrième année du programme pluriannuel « Community Health Workers » (CHW). Le premier chapitre constitue un résumé de la mise en œuvre du programme CHW en 2024, en ce compris les changements par rapport à l'année précédente. Le deuxième chapitre est consacré aux résultats d'une enquête sur les rôles et les tâches des CHW et des responsables d'équipe (RE) dans le cadre du programme CHW. Le troisième et dernier chapitre traite du rapport sur le volet assuétudes.

Le programme CHW en bref

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

À l'initiative du vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Frank Vandenbroucke, le programme « Community Health Workers en Belgique » a été approuvé par le Conseil fédéral des ministres le 15 janvier 2021. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et le Collège intermutualiste national (CIN) ont été chargés de l'élaboration de ce programme. Les CHW se sont mis au travail dans dix villes de Flandre (Anvers, Genk, Gand, Ostende et Tirlemont), à Bruxelles, en Wallonie (Charleroi, Liège et Verviers-Dison) et en communauté germanophone (Eupen et La Calamine). Après une évaluation positive en décembre 2021 et 2022, le Comité de l'assurance de l'INAMI a décidé de prolonger le programme, cette fois non pas pour un an mais directement pour trois ans, c'est-à-dire jusqu'en décembre 2025. Cela a permis de créer l'espace souhaité et nécessaire pour assurer une plus grande stabilité à moyen terme aux collaborateurs. Cette décision était également essentielle pour le fonctionnement du programme CHW afin d'aborder des questions plus structurelles.

Les CHW ont pour mission de fournir aux personnes en situation de vulnérabilité sociale l'accompagnement et l'orientation nécessaires vers et à travers le système de soins de santé belge, contribuant ainsi à réduire les inégalités en matière de santé. Ils vont à la rencontre des gens et établissent des contacts pour les renseigner sur la santé et les soins de santé. Le CHW est lui-même un membre de la communauté dans laquelle il est actif et possède donc une connaissance approfondie de cette communauté. En outre, il ou elle jouit d'une grande confiance de la part des membres de la communauté. Grâce à cette relation de confiance, le CHW fait office de liaison entre les services de santé et du social et les communautés dans les quartiers vulnérables. De plus, les CHW sont en mesure d'identifier et de signaler les obstacles auxquels ces communautés sont confrontées.

Pour que les CHW puissent remplir au mieux leur mission et apporter leur soutien sur le terrain, un bon encadrement est essentiel. Les équipes de CHW sont donc assistées par des responsables d'équipe, qui assument la direction quotidienne de leur équipe. Dans chaque région, un coordinateur régional gère les responsables d'équipe et supervise le fonctionnement dans toutes les villes de la région. Le programme est dirigé de manière globale par une équipe de projet, supervisée par le coordinateur fédéral, et par un comité de pilotage fédéral. En outre, un comité d'accompagnement de l'INAMI assure le suivi du programme.

Objectifs, mission et vision du Programme CHW

Depuis le lancement du programme des community health workers, les objectifs ont été régulièrement affinés. En effet, une évaluation qualitative et quantitative approfondie du programme CHW au cours de sa deuxième année a montré qu'il était impératif de formuler clairement et de communiquer largement la mission et la vision du programme (Masquillier & Wouters, 2023). Un atelier a permis d'identifier les points forts et les possibilités d'amélioration de celui-ci. Il est apparu que le manque de clarté des rôles, de la mission et de la vision faisait en sorte que les CHW ne sont pas toujours pris au sérieux. Ils ont parfois été utilisés uniquement comme interprètes et ont éprouvé des difficultés à définir leurs limites dans les collaborations. Les équipes des différentes régions ont souligné qu'une mission claire et partagée était essentielle pour accroître le soutien aux CHW et mieux faire comprendre leur rôle dans le paysage des soins de santé et du social. Par conséquent, il était crucial de développer davantage la mission, la vision et les objectifs du projet CHW pour établir une base solide, des collaborations plus efficaces ainsi qu'un plus grand impact et une plus grande efficacité des CHW.

C'est pourquoi un processus a été lancé à l'automne 2023 pour affiner la mission, la vision et la stratégie du programme CHW. Au cours de deux journées de réflexion avec le comité de pilotage fédéral et l'équipe de projet, ils ont travaillé ensemble pour définir clairement ce que le programme CHW représente et quelles sont les valeurs fondamentales qu'il véhicule. En février 2024, cette réflexion a été approfondie avec les CHW et les responsables d'équipe lors d'une journée de rencontre. Le contenu et l'approche de cette journée sont expliqués plus loin dans ce rapport.

Les résultats de ce processus ont été validés par le comité de pilotage et l'ensemble de l'équipe des CHW en 2024. La mission, la vision et la stratégie clairement définies constituent désormais une base solide pour la poursuite du développement du programme CHW. Elles apportent une plus grande clarté sur le terrain, renforcent la collaboration avec les partenaires et augmentent l'impact des CHW dans le soutien aux groupes en situation de vulnérabilité.

Mission du programme CHW

Les Community Health Workers, ancrés dans les quartiers, partent activement à la rencontre, dans leur environnement, des personnes en situation de vulnérabilité pour qui le système de santé est difficilement accessible. Ils les soutiennent afin qu'elles puissent mieux prendre en main leur santé et franchir le fossé entre elles et le système de santé.

Vision du programme CHW

Les Community Health Workers sont des acteurs reconnus du système de santé belge.

Ils aident chacun à accéder aux soins à toutes les étapes (« continuum d'accès aux soins »), contribuant ainsi à réduire les inégalités sociales en matière de santé.

Valeurs et stratégie du programme CHW

Les valeurs du programme CHW sous-tendent le travail quotidien des CHW et englobent la collaboration, l'écoute, la proximité, l'efficacité, la capacité d'adaptation et le respect. Ces valeurs sont essentielles à la réussite du projet.

La stratégie du programme CHW s'articule autour de quatre piliers principaux qui, ensemble, déterminent l'orientation du travail. (1) Tout d'abord, l'accent est mis sur l'exécution efficace des tâches assignées, avec l'obtention de résultats concrets comme élément central. (2)

L'accent est également mis sur le développement de partenariats internes et externes, qui contribuent à la force du réseau autour des CHW. (3) L'amélioration du cadre de travail des CHW est un autre pilier important, les conditions de travail et le soutien étant continuellement optimisés. (4) Enfin, l'accent est mis sur la visibilité et le développement stratégique afin que le programme CHW continue à se développer et à accroître son impact. Ensemble, ces quatre piliers constituent une base solide et une approche ciblée du travail des CHW.

CHAPITRE 1

Mise en œuvre du
programme CHW en
Belgique :
mise à jour 2024

1 Définitions et descriptions des rôles

1.1 Définition des CHW

Au cours de la deuxième année du programme (2022), une définition des « community health workers » dans le contexte belge a été formulée avec les CHW, les responsables d'équipe et les coordinateurs (cf. Masquillier & Wouters, 2023 page 7). Cette définition reste inchangée.

1.2 Description du rôle du CHW et du responsable d'équipe

Des rôles et des responsabilités clairs sont essentiels pour plusieurs raisons, comme l'a également montré l'étude de 2022 (Masquillier & Wouters, 2023, p. 9) : les rôles apportent structure et clarté au sein d'une équipe. Si les personnes ne savent pas exactement ce que l'on attend d'elles, cela peut conduire à des ambiguïtés et à de la confusion. Elles ne peuvent pas établir de priorités de manière efficace, ne savent pas quelles tâches accomplir et peuvent manquer direction. Cela peut conduire à une inefficacité et à une diminution de la productivité.

Deuxièmement, lorsque les rôles, les tâches et les responsabilités ne sont pas clairement définis, la collaboration cela peut entraîner une collaboration et une communication inefficaces au sein d'une équipe ou d'une organisation, ainsi que dans la coopération avec d'autres partenaires sur le terrain.

Enfin si les personnes ne comprennent pas clairement ce que l'on attend d'eux et comment leur contribution s'inscrit dans ensemble plus vaste, cela peut conduire à un manque de motivation et d'engagement. Les collaborateurs peuvent se sentir démotivés parce qu'ils ont l'impression de ne pas pouvoir contribuer efficacement ou que leur travail n'est pas valorisé.

Dans le cadre du programme CHW, l'accent a été mis sur ce point au cours des dernières années. Une évaluation et un ajustement réguliers de ces rôles sont essentiels à cet égard. Cela garantit que la répartition des responsabilités reste actuelle et conforme aux besoins et aux priorités de l'équipe et de l'organisation.

En 2024, la **description du rôle de CHW** a été examinée par l'équipe projet, après input des responsables d'équipe. Une liste de tâches a été élaborée. Les tâches sont les activités ou les actions spécifiques qu'une personne doit accomplir dans le cadre de son rôle.

Il s'agissait non seulement de décrire les tâches qu'un CHW doit réaliser, mais aussi de clarifier ce qui ne relève pas de ses attributions. L'étape suivante du processus d'évaluation a consisté à vérifier cette liste avec les CHW. L'enquête annuelle menée par l'UAntwerpen a été utilisée à cette fin. Les résultats de cette enquête figurent au chapitre 2 du présent rapport. En 2025, sur la base des résultats de cette enquête, la liste des tâches sera finalisée.

La **description du rôle de responsable d'équipe** (anciennement superviseur-coach) fait également partie de l'enquête 2024. La description établie au cours de la deuxième année du programme (voir Masquillier & Wouters, 2023, page 12) a été évaluée avec les responsables d'équipe actuels. Leurs conclusions sont également décrites au chapitre 2.

1.3 Description du rôle de coordinateur

Dès le début du projet, les mutualités ont désigné des **coordinateurs** pour encadrer le projet. Une description de leur rôle a également été rédigée en 2023.

En 2024, le comité de pilotage a évalué et adapté cette description de rôle aux besoins actuels du programme CHW.

La mission des coordinateurs comprend les principaux volets suivants :

- **Mise en œuvre et suivi du projet CHW.** Cela inclut, par exemple, la communication de la mission et de la vision du projet CHW et sa traduction dans la réalité du terrain. Il s'agit également du suivi des activités des CHW en collaboration avec les responsables d'équipe et de la gestion de la mise en œuvre des changements apportés aux processus de travail.
- **Gestion d'équipe.** Il s'agit notamment pour les coordinateurs de coacher, motiver et piloter les responsables d'équipe. La fonction de CHW comporte également une charge psychologique importante, ce qui signifie que les coordinateurs doivent disposer de suffisamment de temps pour échanger avec les équipes.
- **Développement du projet.** L'une des missions couvertes est la synchronisation du fonctionnement entre les régions ainsi que le co-suivi de la politique RH
- **Réflexion stratégique.** Cela signifie notamment que les coordinateurs suivent et surveillent le contexte politique et stratégique ainsi que les évolutions ayant un impact sur le fonctionnement du CHW, en tenant compte de ces éléments lors du déploiement ultérieur des activités.
- **Politique de signaux structurels.** Enfin, le suivi des signaux structurels fait partie des tâches d'un coordinateur.

La description de rôle révisée a été approuvée par le comité de pilotage le 4 décembre 2024.

Les coordinateurs sont actuellement partiellement remboursés par le budget mis à la disposition du projet CHW sur la base de l'accord entre le Comité de l'assurance de l'INAMI et les mutualités, en application de l'article 56 §1 de la loi sur l'assurance obligatoire pour les soins de santé et les indemnités¹.

Le reste est financé par les mutualités elles-mêmes. Avec la professionnalisation du fonctionnement des CHW et dans la perspective d'un ancrage structurel, cette situation n'est plus tenable. Une extension est nécessaire, tant en termes de budget que d'ETP. L'approbation d'une augmentation du nombre d'ETP en 2025 et du budget correspondant pour 2025 était donc une étape cruciale pour relever ces défis et renforcer les activités des CHW.

2 Suivi des signaux structurels en matière d'accessibilité

La mission du projet CHW est de contribuer à combler le fossé qui existe entre les personnes vivant dans des situations de vulnérabilité sociale et le système de soins de santé. Pour ce faire, ils vont à la rencontre des personnes directement dans leur quartier et les aident à prendre davantage leur santé en main.

Les Community Health Workers étant en contact direct avec la population cible, ils peuvent identifier les freins et les obstacles spécifiques qui pourraient autrement être négligés.

¹Art. 56. § 1. Le Comité de l'assurance peut conclure des conventions pour des recherches et des études similaires sur certains modèles de dispensation et de financement de soins de santé. Les dépenses y associées sont imputées au budget des frais d'administration de l'Institut et prises en charge intégralement par la branche des soins de santé.

Ces signaux structurels émis par les CHW peuvent fournir aux décideurs politiques des informations cruciales qui leur permettront de prendre des mesures ciblées et efficaces pour améliorer l'accès aux soins des groupes vulnérables.

Chaque année depuis 2022, des efforts supplémentaires ont été déployés pour mettre au point une procédure permettant de capter et d'étayer au mieux ces signaux structurels. L'année 2024 nous a permis d'avancer dans la mise en place d'une procédure claire et répondant aux besoins identifiés tout au long des premières analyses. L'expérience montre qu'il est très important, mais aussi très complexe, de formuler, d'étayer et d'analyser correctement les problèmes. L'une des principales conclusions est que la formation de nos collaborateurs à la captation, à la formulation et à la motivation des signaux doit être la première priorité. La mise en place d'un enregistrement spécifique pour ces signaux, qui soit suffisamment accessible et compréhensible pour les collaborateurs tout en étant suffisamment circonstancié, a également été un point d'action clé en 2024 et reste un « travail en cours ». Le programme CHW a travaillé en 2024 pour poser une bonne base de travail afin de prendre des mesures supplémentaires en vue d'un rapportage plus approprié aux décideurs politiques en 2025.

En 2024, des contacts très instructifs ont également eu lieu tant avec la zone de première ligne de Gand, qui peut s'appuyer sur des années d'expérience, qu'avec les collègues du service des experts de terrain du Service public fédéral de programmation Intégration sociale (SPP IS). De par leur expérience, ils peuvent désormais jeter un regard en arrière et s'appuyer sur le travail accompli depuis plusieurs années pour mettre en place une bonne politique en matière de signaux. Les deux partenaires indiquent également que la mise en place d'une bonne politique de signaux est un travail de longue haleine et qu'ils continuent d'apprendre et d'optimiser leur processus chaque jour. Ces contacts constructifs se poursuivront en 2025.

Comme en 2023, plusieurs signaux ont également été remarqués et recueillis par le CHW en 2024. Ils ont été discutés et rassemblés au niveau de l'équipe, où les signaux sont évalués et approfondis. Il s'agit d'une étape laborieuse mais essentielle pour déterminer si un signal est réellement structurel.

En 2025, l'équipe de projet passera aux étapes suivantes du processus et analysera, clarifiera et contextualisera davantage chaque signal.

À ce stade, l'équipe de projet pourra faire appel à des « experts » externes. Par exemple, un scientifique, un praticien, une organisation partenaire. L'analyse peut s'appuyer sur du matériel provenant des organisations, mais aussi, si possible, sur des rapports de recherche et de la littérature.

Des rapports ciblés et la communication des signaux aux organismes compétents sont également prévus pour 2025. Un aperçu de certains des thèmes clés émergeant des signaux capturés en 2024 est présenté ci-dessous.

2.1 Mobilité

L'offre de transports en commun constitue un frein majeur à l'accès aux soins, particulièrement pour les personnes en situation de vulnérabilité (âgées, porteuses d'un handicap, à faibles revenus). La suppression d'arrêts, le manque d'accessibilité, les barrières financières et linguistiques ainsi que la réduction du transport bénévole compliquent les déplacements vers les prestataires de soins et conduisent parfois à des rendez-vous manqués. Cette situation entraîne des inégalités d'accès aux soins, une surcharge des services d'urgence et un impact psychologique accru sur les patients concernés, une pression financière accrue et peut conduire à l'exclusion sociale.

Quelques exemples tirés de la pratique des CHW

- une personne accompagnée par un CHW et à mobilité réduite doit attendre un tram sans marche ce qui lui fait souvent manquer plusieurs trams, ce qui allonge les heures de trajet. En conséquence, elle manque parfois son rendez-vous chez le prestataire de soins.
- Certains patients ne peuvent pas se déplacer de manière autonome parce qu'ils n'ont pas accès à des ou ont des difficultés avec les transferts et le fonctionnement des transports publics.

2.2 Médecin généraliste et dentiste

La pénurie de médecins généralistes et de dentistes constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins dans plusieurs régions du pays. Dans plusieurs villes, le manque de médecins généralistes entraîne des délais d'attente extrêmement longs, une saturation des maisons médicales et des visites à domicile de plus en plus rare. Cette situation affecte particulièrement les patients les plus vulnérables, tels que les personnes âgées, à mobilité réduite ou atteintes de maladies chroniques.

À Genk et Anvers, entre autre, la pénurie de dentistes et le gel des admissions privent de nombreux patients de soins bucco-dentaires essentiels. Les groupes précarisés, notamment les personnes sans papiers ou à faibles revenus, font face à des délais importants, des coûts prohibitifs et des lourdeurs administratives qui retardent voire empêchent les traitements. L'absence de soins préventifs entraîne des complications graves, aggravant les inégalités en matière de santé.

Quelques exemples tirés de la pratique des CHW:

- À Ostende, malgré des problèmes médicaux importants et urgents chez un bébé, une famille a dû attendre près d'un an pour s'inscrire auprès d'un médecin généraliste.
- Sarah, une mère célibataire de Genk, cherchait un dentiste pour ses enfants depuis un an et demi. Sa fille avait des caries douloureuses, mais les dentistes ne prenaient plus de nouveaux patients et elle ne pouvait donc pas être prise en charge. Avec l'intervention d'un CHW, elle a pu trouver un dentiste à 20 km de son domicile mais le délai restait trop long : six semaines d'attente. Entre-temps, l'enfant a développé un abcès et a dû se rendre aux urgences.

2.3 Santé mentale

La demande de services de santé mentale a fortement augmenté, mais l'offre de psychiatres et de psychologues est insuffisante. Cela se traduit notamment par de longs délais d'attente, des coûts plus élevés, un recours accru à l'automédication et un suivi insuffisant. Les groupes vulnérables, tels que les personnes sans assurance maladie, des migrants (de personne en situation administrative irrégulière, des mineurs étrangers non accompagnés (Mena), des personnes en transit etc)

et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale complexes, qui se heurtent régulièrement à des obstacles supplémentaires dus à la langue et aux barrières administratives, sont particulièrement touchés. Les problèmes de santé mentale s'aggravent, entraînant entre autres isolement social, chômage, la pauvreté ou même la violence domestique, les gens commencent à éviter les soins et les médecins généralistes sont surchargés.

Le besoin de psychologues sensibles à la culture et parlant une langue étrangère augmente également en raison de la diversification de la société.

Quelques exemples tirés de la pratique des CHW :

- un CHW a dû appeler 40 psychologues de première ligne pour trouver un rendez-vous dans un délai raisonnable, et le rendez-vous le plus rapide n'a été obtenu qu'au bout de 5 mois.

- Un client afghan a trouvé un psychologue parlant le dari après une longue recherche, mais il avait atteint le nombre maximum de patients avec une allocation plus élevée. Les alternatives étaient inexistantes.
- Les consultations avec des psychiatres non conventionnels coûtent jusqu'à 110 euros par séance, ce qui est inabordable pour la plupart des groupes vulnérables.
- Par manque de prise en charge psychiatrique et psychologique certains patients bruxellois se retournent vers leurs médecins généralistes pour des nouvelles prescriptions de médicaments, qui parfois entraînent un problème d'assuétude difficile à diagnostiquer si les patients voient différents médecins généralistes et s'ils n'ont pas de Dossier médical global. Ce qui ajoute également une charge supplémentaire pour les médecins généralistes.

3 Atteindre les groupes les plus vulnérables

En **Wallonie et en communauté germanophone**, plusieurs actions ciblées ont été menées au cours de l'année écoulée pour mieux atteindre les groupes les plus vulnérables. L'amélioration du suivi des personnes accompagnées par les CHW, un meilleur suivi des tâches effectuées, l'identification et la réduction de la charge de travail et de la charge mentale des CHW sont quelques-uns des points d'attention importants sur lesquels l'accent a été mis.

Nous avons également travaillé sur la rationalisation des processus administratifs, l'amélioration de la visibilité du programme et la promotion des collaborations avec les partenaires pertinents. Une attention particulière a aussi été accordée à l'accompagnement des nouveaux CHW afin de garantir une intégration harmonieuse et un soutien efficace.

Un exemple concret est l'organisation d'une session de réflexion. Au cours de cette session, les différentes équipes ont dressé la carte des groupes qu'elles atteignaient déjà, des lieux stratégiques pour atteindre leurs groupes cibles et des personnes avec lesquelles elles sont en contact. Ce fut l'occasion d'échanger des expériences et de réfléchir ensemble aux principaux groupes cibles qui ne sont pas encore approchés de manière proactive. Sur base de ces informations et en collaboration avec les responsables d'équipe, un plan d'action sera élaboré au cours de l'année à venir afin de combler ces lacunes et d'élargir la portée du projet. Des efforts ont également été faits pour améliorer la visibilité du programme, notamment en ajustant et améliorant l'utilisation des pages Facebook des différentes équipes. Cette plateforme constitue un moyen important d'accroître l'implication et de renforcer la communication tant avec le public cible qu'avec les partenaires. Ces initiatives ont contribué à une approche plus ciblée et plus efficace, permettant de mieux atteindre les groupes les plus vulnérables et de soutenir au mieux les équipes dans leur travail.

Dans cette réflexion d'atteindre encore mieux le groupe cible, plusieurs actions concrètes ont déjà été mises en place en Wallonie comme par exemple à Charleroi où les maraudes ont été développées d'avantage et mises en place dans certains quartiers cibles. Les CHW et la responsable d'équipe ont pu mettre en avant des quartiers où il était plus difficile pour eux d'atteindre le groupe cible. Suite à cette observation, une collaboration avec Mission rue a débutée. L'objectif est double : rentrer en contact avec le groupe cible et outiller au mieux les CHW dans cette approche.

À Bruxelles, plusieurs sessions de formation et d'intervision ont été organisées pour mieux atteindre les groupes cibles vulnérables. La plateforme sociale Télé-Service et le centre de planning familial La Senne ont notamment proposé une série d'intervisions sur les « femmes invisibles », un groupe de bénéficiaires dont les besoins spécifiques sont souvent négligés.

Il s'agit principalement de demandeuses d'asile, de migrantes sans papiers, de mères célibataires en situation de pauvreté, de femmes victimes de violences et de femmes âgées en situation de handicap. Ces femmes rencontrent des difficultés pour accéder aux soins et aux services sociaux en raison d'obstacles administratifs, culturels et structurels, qui les empêchent de recevoir un encadrement approprié. Leur invisibilité reflète un manque de reconnaissance des inégalités de genre et des discriminations qu'elles subissent. D'autres formations ont été proposées : « L'accueil à bas seuil » par La Mass et un psychologue de l'Entr'Aide des Marolles, « Santé mentale et CPAS », qui a abordé la santé mentale du personnel et sa relation avec les bénéficiaires démunis, et enfin « Les bénéficiaires en souffrance psychique », animée par divers acteurs du CPAS. Ces initiatives visent à renforcer la prise en charge des populations les plus vulnérables et à sensibiliser les professionnels du secteur social aux défis spécifiques auxquels elles sont confrontées.

En outre, l'équipe CHW de Bruxelles a adapté ses actions de sensibilisation aux besoins spécifiques des différents groupes cibles. Ainsi, des ateliers ont été organisés sur des thèmes tels que la sécurité sociale et le fonctionnement des mutualités. La composition du public a également été prise en compte lors des activités, par exemple en faisant appel à des CHW de sexe féminin lors des ateliers organisés dans les centres d'hébergement d'urgence du Samu social ou en apportant un soutien à des organisations telles que Vie Féminine. Dans la mesure du possible, les présentations ont été faites dans la langue du public cible, par exemple par les CHW eux-mêmes ou avec l'aide d'interprètes, comme lors des ateliers organisés en collaboration avec Fedasil, d'autres asbl ou le Samu social. En outre, les CHW ont reçu une formation supplémentaire pour accompagner les groupes, comme la méthodologie « En toi, t'en penses quoi ? » développée par la Mutualité chrétienne.

Une autre priorité de la région bruxelloise était de faciliter et d'encourager le feed-back des personnes assistées dans le cadre du programme. Au cours des ateliers, un moment a toujours été prévu pour un feed-back direct, ainsi que la possibilité de donner un feed-back anonyme, par exemple par le biais de post-it ou de formulaires individuels. Le cas échéant, ce feed-back a été partagé avec les partenaires de collaboration afin d'améliorer encore le service aux membres. Cette approche a assuré un dialogue continu et a permis aux équipes impliquées d'adapter encore mieux leur soutien aux besoins du groupe cible.

Les CHW de Bruxelles travaillent également activement sur le thème de la santé mentale, principalement via diverses collaborations et suivis individuels de la part des structures de soins. Ils visent à renforcer leur compréhension des services et des instruments disponibles afin de pouvoir offrir un accompagnement mieux adapté à ces bénéficiaires vulnérables. Une formation récente avec le CPAS a permis à plusieurs CHW de mieux comprendre les services de santé mentale au sein du CPAS, afin de pouvoir mieux orienter les personnes. De plus, des suivis individuels réguliers sont effectués avec différents partenaires, tels que « Le Coin des Cerises », le Centre Antonin Artaud et la Maison Médicale des Riches Claires, qui orientent les bénéficiaires ayant besoin d'un soutien psychologique spécifique. En outre, les CHW participent à des initiatives telles que des réunions de concertation avec l'hôpital Saint-Pierre pour les cas complexes, qui permettront bientôt un suivi plus approfondi des patients. Les CHW participent par ailleurs à des interventions sur des thèmes spécifiques, notamment la santé mentale des « femmes invisibles », organisées par le service social Télé-Service, qui offre un espace de partage des connaissances et des pratiques au sein de l'équipe. Ces différentes actions montrent l'importance des CHW dans le conseil aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale, dans le cadre d'une collaboration étroite avec les différents acteurs de la santé mentale.

En **Flandre** aussi, un travail a été réalisé au niveau des équipes pour mieux atteindre les groupes cibles vulnérables. En 2024, l'équipe CHW de Genk s'est engagée à organiser des moments de sensibilisation hebdomadaires. Une analyse des chiffres de 2023 a montré qu'il y avait peu de marge en ce sens, car l'équipe consacrait beaucoup de temps aux orientations vers divers services et organisations. Afin d'atteindre à nouveau efficacement les personnes les plus vulnérables et de mieux les soutenir dans leurs besoins de soins, les visites à domicile ont été réintroduites. Cette approche permet d'établir un contact proactif avec des personnes qui, autrement, resteraient hors de portée des canaux de soins et d'assistance traditionnels.

À Anvers, les activités de sensibilisation ont repris dans divers quartiers, rues et places. Le travail s'est concentré sur les endroits où les besoins étaient les plus importants, comme Park Spoor Noord, ce qui a abouti à la mise en place d'une permanence à De Revue, un lieu qui apporte un soutien aux sans-abri, souvent en combinaison avec des problématiques d'addiction. Des actions de sensibilisation ont également été menées plus activement dans d'autres lieux tels que les banques alimentaires, Sint-Jansplein, Het Laar, les centres communautaires et le quartier autour de De Coninckplein (près de la gare centrale) afin de nouer un contact avec les groupes difficiles à atteindre. Trois nouvelles permanences ont également vu le jour : het Huis van het Kind sur la Turnhoutsebaan, Saamo Dinamo et De Revue.

La sensibilisation active se poursuit également à Ostende, où un CHW se rend à vélo dans des lieux où le groupe cible est souvent présent. Ces initiatives contribuent à renforcer la présence et l'accessibilité de l'aide dans les communautés vulnérables.

À Gand, depuis 2023, la première priorité d'un CHW avec un nouveau bénéficiaire est de s'assurer que la personne est affiliée à une mutualité, à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie et invalidité (CAAMI), ou qu'elle possède une carte médicale (CM). Cette affiliation est cruciale car elle permet l'accès aux soins de santé. Sans affiliation, les soins dans les institutions ou les hôpitaux peuvent être refusés. Par exemple, en aidant une femme de 25 ans, originaire de Bulgarie, qui a fui son mari violent. Comme elle était encore inscrite à la mutualité de son mari, elle ne pouvait pas prendre en charge ses propres soins de santé. Pour sa sécurité et son autonomie, sa propre affiliation à une mutualité est essentielle. Le CHW a apporté son aide pour mettre en ordre l'affiliation. Ce cas illustre l'importance de surmonter les obstacles administratifs à un stade précoce pour rendre les soins de santé accessibles aux groupes vulnérables.

En outre, tous les CHW du programme ont reçu une formation ciblée sur l'assertivité, les méthodes d'entretien et la communication non violente, afin de renforcer leurs compétences et d'apporter un soutien encore plus efficace.

4 Les CHW à l'honneur

Les CHW ont également été mis en lumière diverses manières en 2024. Nous vous présentons ci-dessous quelques-uns des moments les plus marquants.

4.1 Awards

C'est avec fierté que les CHW de Gand ont été nominés pour une « Emilie ». Ce nouveau prix, introduit en 2024 par Vooruit Ghent, ABVV Oost-Vlaanderen et Solidaris Oost-Vlaanderen, porte le nom d'Emilie Claeys, une socialiste et féministe gantoise de l'époque de la révolution industrielle. Elle s'est battue pour le droit de vote des femmes, l'égalité des salaires et la contraception.

Ce prix est décerné à une personne, une association ou une organisation qui a contribué de manière significative à l'émancipation et à l'égalité de participation dans la société gantoise. Parmi les nombreuses candidatures, le jury a sélectionné cinq finalistes, dont les CHW gantois. Cette nomination est une reconnaissance gratifiante de leur engagement et de leur impact dans la promotion de l'équité sociale en matière de santé.



Image 1 : Les CHW de Gand lors de la cérémonie de remise des prix Les « Emilies »

4.2 Présentations et conférences

Outre les nombreuses présentations faites par les différentes équipes et coordinateurs aux partenaires de collaboration locaux, aux gouvernements et aux autres parties prenantes, les CHW donnent également des présentations et des lectures lors de conférences et de symposiums (inter)nationaux. Ainsi, le responsable d'équipe de Liège et l'un des CHW de Liège ont présenté le programme CHW lors d'une matinée d'information en avril. Cette matinée a été organisée par la Commission Pluridisciplinaire Liégeoise pour la Continuité des soins (CPLCS) sur le thème de « l'accès aux soins des personnes d'origine étrangère ». En juin, le coordinateur régional de Bruxelles et le responsable d'équipe ont présenté le programme CHW lors d'un symposium de la Belgian Association for Public Health. Le symposium a eu lieu à l'Université libre de Bruxelles et s'adressait à un public varié de professionnels de la santé en Belgique. Le thème du symposium était « Improving access to healthcare for socio-economic vulnerable groups », et la contribution au programme CHW s'inscrivait donc parfaitement dans ce cadre. Le projet a également été présenté au roi Philippe lors d'une activité organisée par La Tricoterie en mai 2024. À cette occasion, un CHW était présent et a eu l'opportunité d'expliquer au roi les objectifs et les actions du projet.



Image 2 : Le roi Philippe et CHW en conversation lors de l'activité La Tricoterie, Bruxelles

Les CHW ont également été largement représentés lors du symposium « 10 ans du livre blanc », le 15 octobre 2024. Les coordinateurs régionaux, les responsables d'équipe et les CHW ont participé à l'organisation de plusieurs tables rondes et ont tenu un stand avec des flyers et affiches. À la fin des présentations générales de la matinée, une vidéo puissante a été projetée à tous les participants. Le témoignage saisissant d'Elektra y occupait une place centrale. Son histoire met en lumière la manière dont les CHW soutiennent les personnes qui se trouvent à la croisée de différentes vulnérabilités. Elektra, avec ses antécédents migratoires et les nombreux obstacles qui l'ont empêchée d'accéder à des soins de santé appropriés, a soulevé plusieurs thèmes qui ont été abordés lors du symposium. La vidéo montrait comment, grâce à la collaboration du CHW avec divers partenaires, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des projets du livre blanc, Elektra a été aidée et a pu recevoir les soins nécessaires. Ce témoignage a souligné la valeur du travail des CHW et de la collaboration des prestataires de soins de santé dans l'amélioration de l'accès aux soins.

Pas plus tard qu'en octobre, la coordinatrice fédérale et l'une des CHW de Gand ont présenté un exposé lors de la journée d'étude « Van wet naar werkvloer: patiëntenrechten in de praktijk » (De la loi au lieu de travail : les droits des patients dans la pratique), organisée par Zorgnet Icuuro. Après une brève introduction du programme CHW et du rôle crucial qu'ils jouent dans l'amélioration de l'accès aux soins, le CHW a livré un témoignage fort de son travail de terrain. Elle a très bien illustré comment l'application et la sauvegarde des droits des patients ont été et continuent d'être un défi pour le groupe cible qu'ils assistent. Ici aussi, le soutien des community health workers est une valeur ajoutée absolue, tant pour les bénéficiaires que pour les prestataires de soins.



Image 3 : Le coordinateur fédéral et le CHW présentant à la journée d'étude d'Icuro

En novembre, les CHW de Bruxelles ont fait une présentation aux étudiants et aux professeurs participant à un programme d'échange international dans le cadre du « travail social transnational », organisé par la Hogeschool VIVES, en collaboration avec des partenaires des Pays-Bas, d'Allemagne, de Pologne, de la République tchèque et du Maroc. Durant cette session, le programme CHW a été présenté comme un exemple inspirant d'une organisation s'attaquant effectivement à des problèmes de société. La présentation a mis en évidence l'approche structurelle du programme CHW et la manière dont il aborde les défis liés à la pauvreté et à l'accès aux soins de santé.

Certains CHW et un responsable d'équipe ont également animé deux ateliers pour les étudiants de la deuxième phase de formation de bachelier en soins infirmiers à l'Odisee Hogeschool de Sint-Niklaas, dans le cadre de leur unité de formation « Soins de santé de première ligne ». Le responsable d'équipe a présenté le fonctionnement des CHW, auxquels les community healths workers ont ajouté des exemples concrets tirés de leurs accompagnements.

4.3 Médias

En 2024, les CHW ont bénéficié d'une couverture médiatique importante, à la fois en ligne et dans les journaux, tant au niveau régional que local. Leur travail et leur influence ont été mis en évidence dans des articles et des interviews, ce qui a permis d'accroître la visibilité du programme CHW. Le rapport précédent expliquait comment la Fondation de l'OMS, en collaboration avec BBC Storyworks, avait lancé une campagne internationale pour présenter des initiatives inspirantes qui mettent en avant la diversité, l'impact et la valeur des organisations qui œuvrent en faveur de la santé mondiale. Le programme CHW a été l'un des projets sélectionnés, après quoi une équipe de BBC Storyworks est venue sur place pour réaliser des interviews et des images. Le résultat peut désormais être consulté sur leur plateforme numérique, où des documents audio et visuels attrayants illustrent bien l'impact du programme CHW. Vous pouvez accéder à la plateforme via le code QR ci-dessous.



Code QR - BBC Storyworks

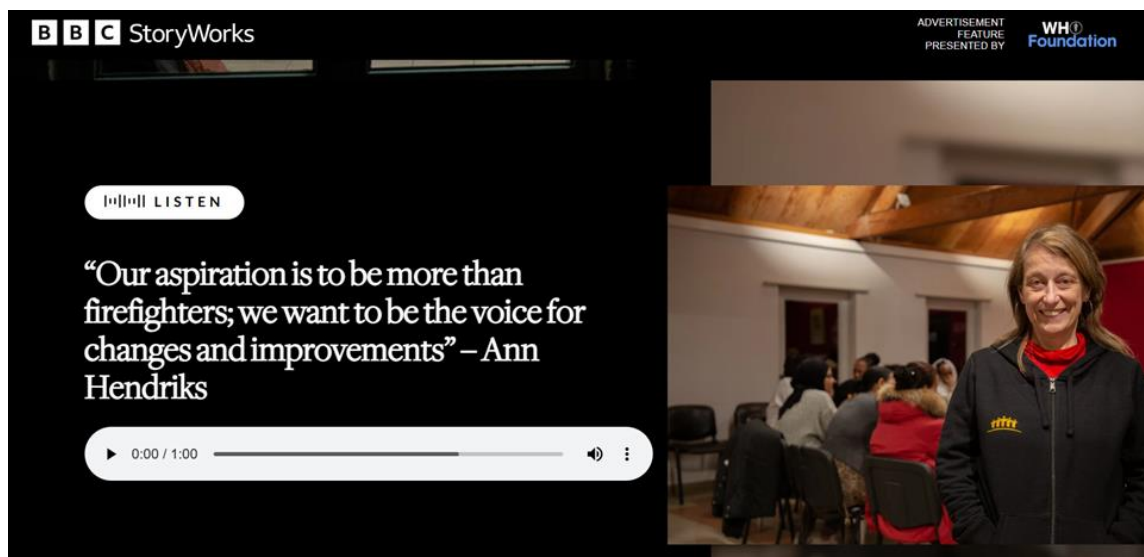


Image 4 : Capture d'écran de la page Web de BBC Storyworks

L'article sur les CHW a été largement diffusé auprès de groupes cibles internes et externes via la page LinkedIn du programme CHW, ainsi que par divers médias sociaux et canaux de communication internes des mutualités concernées. Les chiffres communiqués par la BBC (voir ci-dessous) montrent que cette édition de BBC StoryWorks a connu son plus grand succès, avec plus de 2,62 millions de visiteurs sur le site six mois après sa parution. L'évaluation des chiffres de fréquentation de la page spécifique du programme CHW a montré que de nombreux visiteurs du site web étaient captivés : après 6 mois, la page web a été consultée 20.200 fois, 3 personnes sur 4 sont restées sur la page et l'ont lue, il y a eu 194 commentaires sur l'article, 11.200 interactions via des messages liés sur les réseaux sociaux, et ainsi de suite. Et donc un véritable succès !



Image 5 : BBC Storyworks « Healthier Together » : rapport sur les chiffres sur 6 mois

Au niveau régional, les CHW wallons ont été mis en avant dans le magazine en ligne « Santé Conjuguée », publié par la Fédération des Maisons Médicales. L'article donne un aperçu approfondi du fonctionnement du programme CHW et du rôle crucial qu'ils jouent pour surmonter les obstacles à l'accès aux soins de santé.



Image 6 : Impression écran du magazine en ligne « Santé conjuguée »

Les collègues flamands ont été présentés dans le magazine en ligne de Rebelle vzw. Le coordinateur flamand et le responsable d'équipe d'Anvers y ont été interviewés. Ils ont parlé des origines du programme, du parcours des CHW, des personnes qu'ils accompagnent et de la manière dont ils contribuent à gommer les obstacles à l'accès aux soins de santé. Cette couverture médiatique a renforcé la notoriété du programme et mis en évidence la valeur du travail que les CHW effectuent chaque jour. L'article est accessible via le code QR ci-dessous.



Code QR – Rebelles vzw

Gand a réalisé un podcast sur le projet Ericare, qui peut être écouté entre autre via Spotify (voir le code QR ci-dessous).



Code QR – Podcast Ericare

La presse locale a également évoqué le travail des CHW. L'équipe de Gand a présenté un CHW dans le journal de quartier de Nieuw Gent, tandis que les CHW bruxellois ont été mentionnés dans plusieurs publications locales, dont le guide social de l'asbl Buurtwinkel pour le projet « Connect Anneessens », le magazine Schaarbeek Info et le site web du CPAS d'Evere.

4.4 Enquête

Les chercheurs de l'UAntwerpen ont publié l'étude réalisée en 2023, dont les résultats ont été décrits dans le rapport CHW de l'an dernier, dans la revue académique « Healthcare ». L'article scientifique peut être consulté via le code QR ci-dessous.



Code QR – Article scientifique

5 Modifications du cadre structurel

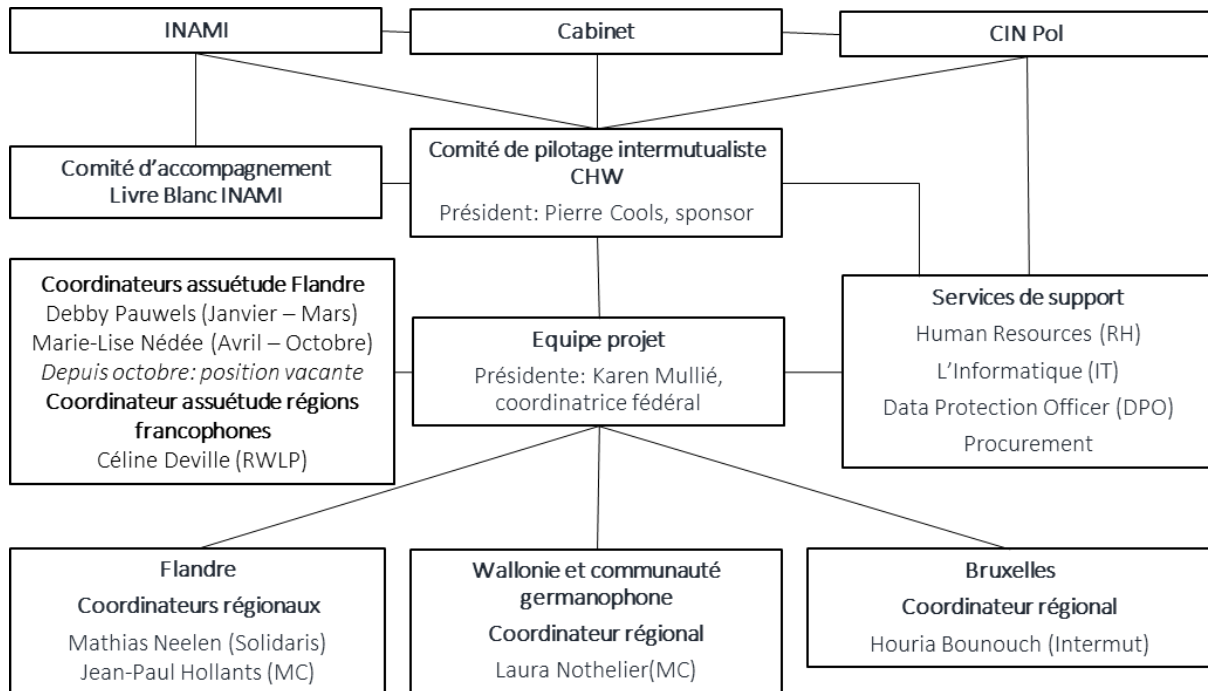
Cette section aborde les adaptations apportées au cadre structurel du programme par rapport à 2023. Les changements dans la structure de gouvernance du programme CHW, tant au niveau régional que fédéral, ainsi que les changements dans le personnel et les processus de soutien, sont examinés. Pour une description détaillée des différentes structures de gouvernance au sein du programme CHW, le rapport CHW 2021 (Masquillier et al., 2022) peut être consulté.

5.1 Modifications dans la structure de gouvernance

5.1.1 Fédéral

Un cadre global solide soutient les CHW dans leurs activités quotidiennes au niveau local. Cette structure de gouvernance fédérale est restée inchangée depuis l'année de travail précédente, voir figure.

Figure 1 : Structure de gouvernance fédérale



Au sein du cadre global, l'importance de la coordination a été soulignée et défendue auprès de l'INAMI en 2024, ce qui entraîne une adaptation du budget pour 2025. Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) dédié à la coordination est passé de 2,8 à 3,5. Ce renforcement a été rendu possible par un report au niveau du budget. Par exemple, les dépenses de formation ont été réduites grâce à un budget de formation de la FEBI, sans pour autant compromettre la formation elle-même. Le matériel a également été utilisé de manière réfléchie, ce qui a permis de dégager de l'espace pour d'autres postes nécessaires tels que la coordination, l'informatique et la recherche dans le budget 2025. Cela a permis d'étendre le budget 2024 à 2025, moyennant une indexation. La proposition de budget 2025 a été approuvée par le comité d'accompagnement le 7 novembre.

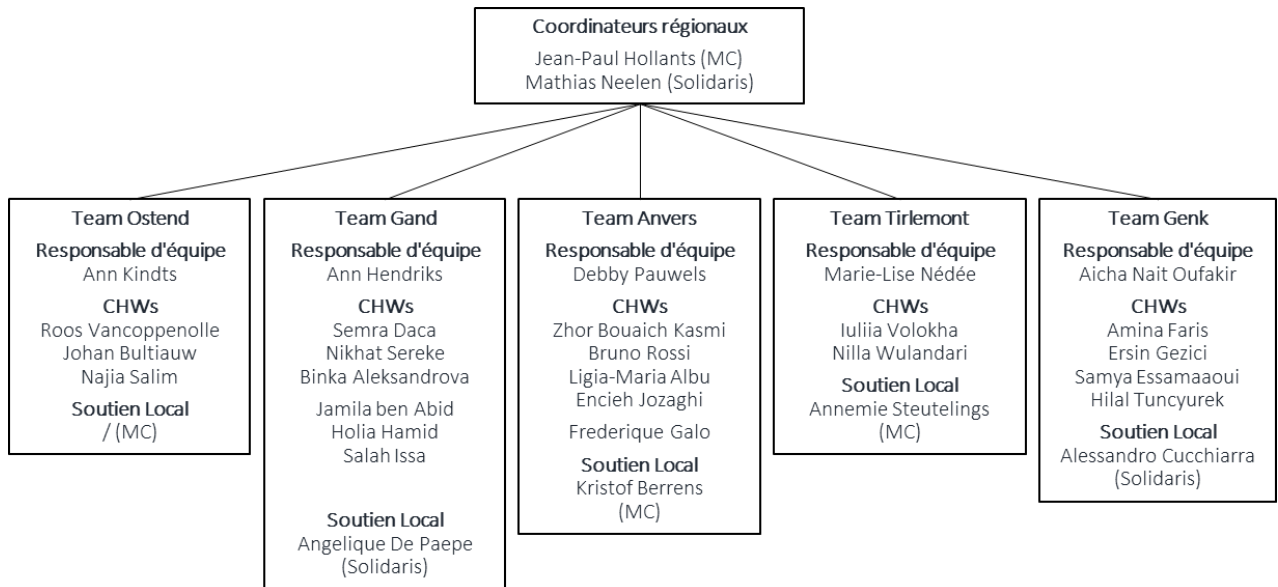
5.1.2 Régional

Les CHW sont soutenus dans chaque région par des responsables d'équipe (RE), qui sont chargés du suivi opérationnel du programme. À leur tour, les responsables d'équipe reçoivent le soutien du coordinateur régional, qui assure le suivi et la gestion d'ensemble du programme.

Flandre

En Flandre, aucun changement n'a été apporté à la structure de gouvernance. Toutefois, il y a eu quelques changements de personnel (voir plus loin). La structure de gouvernance flamande, illustrée à la figure 2, se caractérise par la présence, dans chaque équipe, d'un représentant d'une mutualité locale, qui tient les responsable d'équipe et le coordinateur informés des possibilités offertes par la ville.

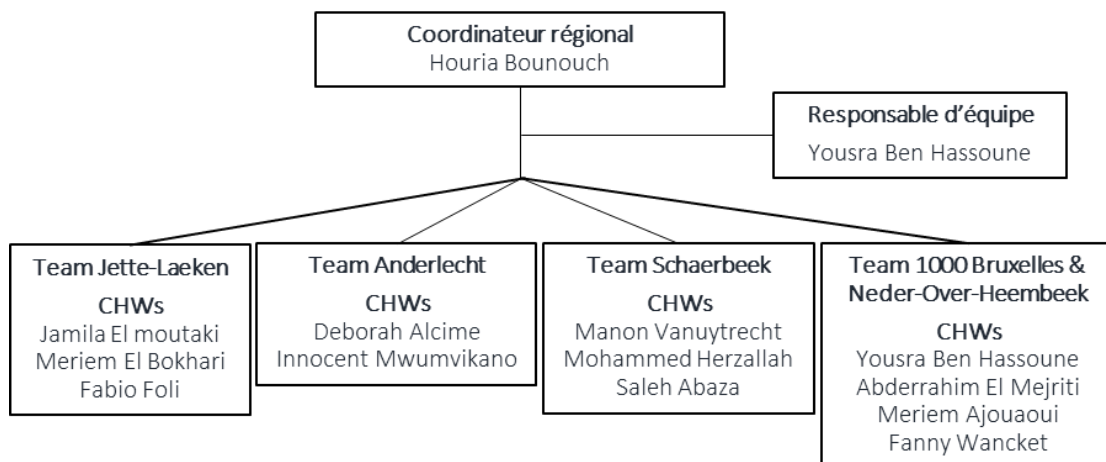
Figure 2. Structure de gouvernance Flandres



Bruxelles

En ce qui concerne la structure de gouvernance à Bruxelles (voir figure), Houria Bounouch a été nommée coordinatrice régionale à temps plein.

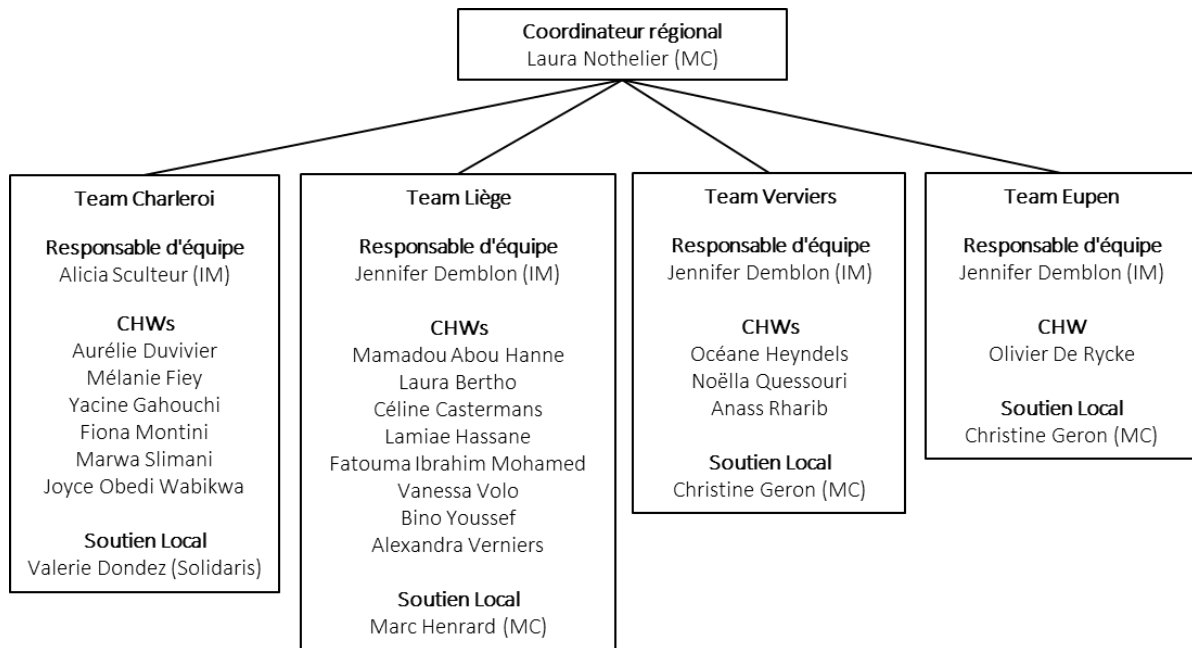
Figure 3. Structure de gouvernance Bruxelles



Wallonie et Communauté germanophone

La structure de gouvernance de Wallonie et la communauté germanophone est présentée avec la figure ci-dessous. Comme en Flandre, les équipes locales sont soutenues depuis 2024 par un représentant d'une mutualité locale.

Figure 4. Structure de gouvernance Wallonie et Communauté germanophone



6 Changements de personnel

IM joue un rôle de premier plan dans la gestion et la mise en œuvre de diverses questions relatives au personnel. Cette section présente les changements dans les domaines du recrutement, de la formation, des réunions, de l'intervision et de la supervision, de la rémunération, des possibilités de carrière et de l'accréditation.

6.1 Recrutement

En 2024, la procédure de sélection des CHW a encore été renforcée grâce à une collaboration intensive entre les coordinateurs et le département RH de l'Agence InterMutualiste (IM). Cela s'est avéré nécessaire en raison des exigences spécifiques du travail des CHW, qui est à la fois axé sur le soutien aux groupes en situation de vulnérabilité et fortement lié au contexte local. Pour garantir la qualité des recrutements, une approche plus ciblée a été adoptée en mettant l'accent sur les compétences, l'expérience et la motivation des candidats. L'objectif est d'attirer des collaborateurs qui non seulement correspondent bien au groupe cible, mais qui peuvent également répondre efficacement aux défis uniques de leur champ d'intervention local.

Il est important de surveiller des facteurs tels que l'absentéisme, les démissions et la durée moyenne de service. Le budget du personnel fait également l'objet d'un suivi afin de garantir la stabilité de l'équipe.

Cela permet de réagir rapidement aux changements, tels qu'une maladie de longue durée, une grossesse ou une démission inattendue. En 2024, un seul collaborateur a démissionné et neuf collaborateurs étaient en congé maladie de longue durée. Quatre de ces travailleurs ont repris le travail dans l'année, trois d'entre eux par le biais d'un retour progressif. Lorsque de telles situations se présentent, la première étape consiste à vérifier si les employés travaillant à temps partiel sont disposés à travailler plus d'heures. Ce n'est qu'ensuite que l'on envisage d'embaucher un nouvel employé sur la base d'un contrat temporaire, si le budget le permet. Cette approche permet au programme de continuer à fonctionner, en tenant compte de l'impact sur les collaborations ou initiatives importantes.

Une évaluation des risques psychosociaux a été réalisée en 2024 afin de promouvoir le bien-être des travailleurs dans l'exercice de leurs fonctions. Cela s'est fait via des enquêtes et des discussions de groupe. Diverses formations ont également été proposées pour soutenir les CHW dans leur travail quotidien, comme des formations en assertivité, à la gestion du stress au travail et des formations spécifiques pour les responsables. Ces mesures sont destinées à améliorer le bien-être des CHW et à garantir que le programme continue à bien fonctionner et reste stable à long terme.

6.1.1 Changements de personnel en 2024

Coordination

L'un des coordinateurs régionaux de Flandre a cessé sa mission le 9 décembre 2024. Son remplacement est prévu à partir du 1^{er} février 2025.

Équipes

À Genk, une nouvelle collègue a commencé le 13 mai 2024 pour remplacer un CHW en congé de maladie de longue durée. Elle travaille à temps plein. Un nouveau collègue a rejoint l'équipe d'Anvers le 13 mai 2024. À Tirlemont, la responsable d'équipe et coordinatrice flamande des assuétudes a mis fin à sa mission. Il n'y a pas de remplacement pour l'instant.

À Bruxelles, l'équipe a été renforcée en mai 2024 par un collègue supplémentaire actif dans les zones de Schaerbeek, Anderlecht et Laeken.

Dans l'équipe de Charleroi, l'équipe a été renforcée par un collègue en mai 2024 suite au départ de deux collègues à la fin de l'année précédente. Depuis mai-juin 2024, un CHW est en maladie de longue durée. À partir de juillet, deux CHW n'ont travaillé qu'au niveau administratif en raison de leur grossesse ; elles ont ensuite pris un congé de maternité en août et en septembre. Pour faire face à ces absences, une deuxième personne a été engagée et a démarré en septembre 2024. Une CHW a également été engagée sur Liège et a commencé le 18 novembre, avec un contrat à durée déterminée, pour renforcer l'équipe suite à des diminutions de temps de travail chez plusieurs CHWs.

En Wallonie et en Communauté germanophone, certains changements ont été apportés au niveau des responsables d'équipe. Depuis juin 2024, tous les responsables d'équipe sont employés par l'IM, alors qu'auparavant trois des quatre responsables étaient détachés par les mutualités. À Charleroi, l'une des CHW, qui fait partie du programme CHW depuis novembre 2021, a été nommé responsable d'équipe en mai 2024. Dans la région de Liège-Verviers, la responsable d'équipe a pris en charge la direction complète de l'équipe de Liège, après avoir collaboré avec un autre collègue jusqu'en février 2024. Entre juin et octobre, l'équipe de Verviers a été temporairement renforcée par un responsable, dont le contrat n'a pas été prolongé.

Une procédure de recrutement est en cours pour engager un nouveau responsable pour cette équipe. Entre-temps, la responsable de Liège gère également les équipes de Verviers et d’Eupen jusqu’à ce qu’un nouveau responsable soit engagé.

Les emplois en chiffres (ETP) figurent dans le tableau ci-dessous. Les contrats de remplacement sont également indiqués.

Tableau 1. Emploi des CHW et des responsables d’équipe par équipe (en nombre et en ETP)

Équipe	Nombre de CHW	Nombre d’ETP CHW	Nombre de RE	Nombre d’ETP RE
Ostende	3	3	1	0,5
Gand	6	4,7	1	1
Anvers	6	5,5	1	1
Tirlemont	2	2	1	0,5
Genk	5	4,67	1	1
Bruxelles	11	10,06	1	0,5
Charleroi	6	6	1	1
Liège	8	6,78	2	1
Verviers	3	3		
Eupen	1	1		
Total	51	46,71	9	6,5

Pour compenser les absences de longue durée, nous employons des contrats à durée déterminée. Cela offre une certaine continuité, mais peut aussi apporter des défis, notamment lorsqu’un contrat à temps partiel ne peut être prolongé. Un exemple concret est le projet Dobre Doshli, une initiative axée sur l’assistance en santé mentale pour les personnes d’origine bulgare à Gand. La CHW d’origine bulgare joue un rôle crucial dans la réussite de ce projet. Toutefois, en raison de l’expiration de son contrat à durée déterminée, son régime de travail passera à 40 % à partir de mars 2025. Cela risque de compromettre la continuité du projet, car ses connaissances et son expérience spécifiques sont essentielles pour la poursuite de l’élaboration et de l’impact du Dobre Doshli.

6.2 Formations

Les CHW et les responsables d’équipe ont également participé à diverses formations en 2024. L’équipe de CHW et de responsables est très diversifiée, avec différents niveaux de compétence linguistique, différentes expériences professionnelles et différents niveaux de formation. Ces différences dans les besoins en formation rendent nécessaire la création d’une offre variée et flexible, ce qui représente un véritable défi. Pour y répondre, un certain nombre d’actions spécifiques sont prévues. L’objectif est d’améliorer l’approche de la formation dans le cadre du programme CHW. Le reste du texte explique plus en détail ces actions et les mesures associées.

6.2.1 Formations des CHW

Module de base pour les nouveaux

Afin de développer une formation de base pour les nouveaux CHW, la Flandre a collaboré avec deux formateurs des mutualités. Ensemble, ils ont examiné les offres de formation les mieux adaptées aux besoins des CHW. Le résultat est un module avec deux composantes théoriques : (a) la sécurité sociale et les mutualités, et (b) le travail social et le réseau des services sociaux.

Le premier volet a été proposé aux CHW en Flandre cet automne. Le contenu de cette partie comprenait la sécurité sociale, le système des mutualités, l'affiliation à une mutualité ou à une caisse auxiliaire, les soins de santé et les remboursements, l'incapacité de travail et les indemnités, ainsi que la protection sociale flamande. Au terme de la formation, un feed-back anonyme a été recueilli auprès des participants, ce qui a permis d'améliorer encore le module de base.

La conclusion à l'issue de la formation de trois jours (dont une journée en présentiel et deux demi-journées en ligne) est que la formation constitue une bonne base pour les nouveaux CHW. Les participants ont déclaré avoir acquis de nouvelles connaissances et de nouveaux points de vue qu'ils ont jugés utiles pour leur travail et leur vie quotidienne. Cependant, ils ont indiqué que la formation consistait principalement en des explications orales et qu'il serait plus utile d'y ajouter des informations visuelles et des exemples pratiques. Les formateurs ont également remarqué qu'une plus grande attention pourrait être accordée aux nombreuses exceptions auxquelles les CHW sont confrontés, qui sont souvent différentes de ce que vivent la plupart des gens.

La deuxième partie de la formation des nouveaux CHW est prévue pour 2025 afin que ce volet puisse également être évalué. Au cours de l'année prochaine, nous examinerons si ce module de base peut aussi être proposé en région francophone, afin que les formations puissent également y être offertes. La formation pratique requise pour les nouveaux CHW a également déjà fait l'objet d'une réflexion, avec les thèmes suivants : (a) travail de proximité, (b) communication efficace et (c) gestion de la frustration et des comportements agressifs.

En **Wallonie**, deux innovations majeures ont été ajoutées à la formation de base des nouveaux CHW en 2024. Premièrement, deux moments de formation supplémentaires ont été ajoutés, axés sur le développement des compétences relatives au système de soins. Une session a été donnée par un coordinateur, l'autre par l'ancien responsable d'équipe de la région Liège-Verviers-Eupen qui travaille également dans une mutualité. Deuxièmement, les nouveaux CHW ont eu l'occasion d'interagir avec le service des ressources humaines, où ils ont pu en apprendre davantage sur les différentes procédures RH. En plus de ces deux nouveautés, chaque nouveau CHW se rend sur le terrain pendant quelques jours avec ses collègues. Cela permet au nouveau CHW de mieux apprendre à connaître le terrain et le réseau, et d'expérimenter les différentes approches de proximité, par exemple. Le fait de suivre leurs collègues les aide à mieux comprendre le travail et les soutient lors des premiers accompagnements. Le responsable d'équipe coordonne le démarrage des nouveaux CHW afin qu'ils soient parfaitement formés et préparés.

À **Bruxelles** aussi, la formation de base des nouveaux CHW en 2024 a été optimisée et transformée en un « processus d'onboarding » en plusieurs étapes.

La première phase consiste en un entretien d'accueil, une présentation du projet et deux jours de télétravail pour passer en revue la documentation et les procédures pertinentes.

Elle est suivie d'un programme de formation sur des sujets tels que le système de soins de santé, le contexte socio-sanitaire à Bruxelles et le système d'enregistrement. Au cours de la deuxième phase, le nouveau CHW observe le terrain, rencontre des partenaires et suit passivement les bénéficiaires. Lors de la troisième phase, le nouveau CHW passe activement à l'action, avec le soutien d'un parrain. Après cette phase, les progrès sont évalués. Le processus d'onboarding dure de 2 à 4 semaines et est actuellement organisé par le coordinateur, mais sera pris en charge par le responsable d'équipe à l'avenir. L'évaluation et l'ajustement du plan de formation à Bruxelles suivent le même principe qu'en Wallonie. Un espace a été créé au sein des équipes pour recueillir un feed-back sur les formations suivies, ce qui permet aux CHW de partager leurs expériences et de faire des suggestions pour les formations futures.

Évaluation et ajustement du plan de formation des CHW

Un plan de formation complet, comprenant des formations formelles et informelles, a été établi en 2024. Le service RH de l'asbl IM a préparé ce plan en concertation avec la coordination régionale, qui a contribué sur base des retours de leurs équipes locales. Une enquête via Google Forms a également été utilisée pour évaluer l'expérience des collaborateurs en ce qui concerne les formations déjà reçues ainsi que leurs besoins futurs. Il s'agit de l'une des mesures prises à la suite des résultats de l'analyse des risques psychosociaux réalisée au printemps.

Tout a été rassemblé et une proposition finale de plan de formation a été préparée par les RH. Avec les responsables d'équipe, nous avons examiné la meilleure façon d'intégrer les formations dans les agendas des employés. Tout cela a abouti à un plan de formation commun qui tient compte des besoins particuliers de chaque équipe, de chaque région et, le cas échéant, de chaque travailleur. La formation « Assertif de l'intérieur », qui a fait l'objet d'une évaluation très positive, est un exemple de formation à laquelle ont participé les CHW des trois régions. Le thème des assuétudes était également présent dans le plan de formation. Plusieurs journées de formation sur cette thématique ont été organisées en Flandre ainsi qu'à Bruxelles et en Wallonie. Des formations sont d'ores et déjà prévues pour 2025, par groupe linguistique.

Un espace est également créé au sein des équipes locales pour l'échange et le feed-back sur les formations. Dans les équipes **flamandes**, l'approche du feed-back sur la formation varie selon le lieu. À Anvers, le responsable d'équipe demande oralement aux CHW comment s'est déroulée la formation. S'il en ressort qu'une action est nécessaire, celle-ci est transmise aux coordinateurs. Lorsque l'organisme de formation demande un feed-back structuré, celui-ci est recueilli par e-mail auprès de tous les CHW d'Anvers qui ont participé à la formation, puis mis en commun. À Ostende, le responsable d'équipe prend une initiative similaire en demandant un feed-back aux CHW, à la fois oralement et au cours des réunions d'équipe. Pour les formations organisées en interne, ce feed-back, tant sur le fond que sur la forme, est communiqué par e-mail à l'équipe projet. À Genk, le processus est plus ad hoc, en fonction du temps disponible lors des réunions d'équipe. Dans ce cas, l'intervision et les discussions de cas sont généralement prioritaires par rapport au feed-back sur les formations.

Un plan de feed-back régional similaire a été élaboré à **Bruxelles et en Wallonie**. À la fin d'une formation, le CHW participant donne un feed-back aux membres de son équipe sur ce qui a été abordé au cours de la formation, afin que les connaissances soient partagées plus largement.

En outre, des formations internes sont également organisées au sein des équipes de **Bruxelles**. Les CHW qui disposent d'une expertise spécifique, par exemple grâce à leur formation universitaire ou à leur expérience professionnelle, présentent alors des sujets jugés importants par l'équipe.

En 2024, par exemple, les méthodologies du travail social ont été introduites par deux CHW, qui ont développé un module de soutien basé sur leurs études, adapté au travail des CHW. Ce module comprenait notamment des principes d'écoute active et des techniques de communication. En outre, les CHW ont été familiarisés avec des sujets tels que la discrimination dans les hôpitaux, les trajets de migration et l'utilisation de l'outil d'enregistrement. Ce processus d'apprentissage commun renforce non seulement la collaboration, mais garantit également que l'ensemble du groupe est mieux préparé à relever les défis sur le terrain.

Aperçu des formations suivies

Les CHW ont suivi diverses formations en 2024, réparties en plusieurs catégories. Dans ce qui suit, nous vous en donnons un rapide aperçu.

Dans l'ensemble, les formations ont été jugées très utiles. Elles ont permis aux CHW non seulement d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences, mais aussi de mieux travailler ensemble et de renforcer la confiance en soi. Les participants ont notamment indiqué qu'ils appréciaient les formations avec une approche pratique et interactive. Ils ont également souligné l'importance de « l'apprentissage tout au long de la vie », en mettant l'accent sur le travail avec des exemples pratiques et des exercices.

Formations éducatives

Les cours de cette année ont permis aux CHW de mieux comprendre le contexte de leur travail. Par exemple, la journée de retrouvailles des CHW du 19 février s'est concentrée sur la mission, la vision et le fonctionnement pratique du programme CHW. Presque tous les CHW ont participé à cette journée, qui a été généralement évaluée positivement. Elle a permis de renforcer la collaboration entre les CHW et de clarifier les objectifs de l'organisation.

Des formations ont également été dispensées sur le module d'arrivée pour les CHW (voir ci-dessus) en Flandre et en Wallonie. Ces sessions comprennent à la fois de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences. Les formations sur la sécurité sociale et les mutualités en Flandre ont permis CHW de mieux comprendre le système de sécurité sociale belge et le rôle des mutualités. Même si c'était un rappel pour certains CHW, d'autres ont trouvé que c'était une remise à niveau utile.

Une formation complète de plusieurs jours sur le thème des assuétudes a été organisée en Flandre ainsi que à Bruxelles et en Wallonie en 2024. En Flandre, une collaboration a été mise en place à cette fin avec le Centre d'expertise flamand sur l'alcool et les autres drogues (VAD), et en Wallonie et à Bruxelles avec le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté (RWLP). Au cours de la formation, les CHW flamands ont appris, entre autres, comment utiliser la carte sociale autour des soins des assuétudes, comment fonctionne le VAD et comment aborder la question de la dépendance en utilisant l'entretien motivationnel. En Wallonie et à Bruxelles, les différents types de substances et les effets de leur consommation ont été abordés. Une carte des organisations pertinentes a également été dressée et un travail a été réalisé sur la manière dont les CHW peuvent communiquer efficacement avec les personnes consommant ces produits. Ces formations ont été jugées très utiles par les CHW, qui ont demandé des formations de suivi davantage axées sur des exemples pratiques.

Outre les formations communes, un certain nombre de formations ciblées ont également été suivies au niveau de l'équipe. À Charleroi, un CHW a assisté à une session sur les déterminants de la santé, au cours de laquelle l'impact des facteurs sociaux sur la santé a été expliqué.

À Bruxelles, l'accent a été mis sur la santé mentale et la vulnérabilité, et deux CHW ont participé en juin à une session organisée par l'Entraide des Marolles.

À Genk, SAAMO s'est concentré sur le bien-être mental des groupes en situation de vulnérabilité lors d'une journée de mise en réseau le 19 novembre 2024, au cours de laquelle quatre CHW ont acquis des connaissances précieuses sur le travail avec ces groupes cibles.

À Gand, certains CHW ont participé au forum sur la politique des signaux des zones de première ligne de Gand.

Navigation dans le système de santé

Les community health workers ont pour tâche importante d'accompagner les personnes dans le système belge complexe de soins de santé et de leur donner accès aux services appropriés. Pour remplir ce rôle, il est essentiel que les CHW aient eux-mêmes une connaissance approfondie du système et de ses outils. Un bon exemple est la formation aux outils numériques que les CHW de Tirlemont ont suivie. Cette formation leur a permis non seulement d'aider les gens à naviguer digitalement dans le système de santé, mais aussi de renforcer et d'appliquer directement leurs propres compétences numériques. Les CHW de Gand ont également amélioré leurs compétences numériques grâce à une formation à l'utilisation du site web et de l'application Mijngezondheid.be.

En outre, les CHW de Gand ont participé en mars à des moments de réseautage autour du travail sensible la culture de la personne. Ces sessions ont été jugées comme très inspirantes, grâce à la possibilité d'échanger des expériences et des perspectives, ce qui a permis d'acquérir de nouvelles connaissances. Toujours à Gand, une session d'information sur les soins de santé abordables a également été organisée par ELZ Gent, qui a rassemblé des connaissances pratiques sur la manière de soutenir les bénéficiaires ayant des moyens financiers limités.

À Anvers, un CHW a suivi une formation d'Atlas le 21 juin 2024 sur l'orientation vers les soins médicaux pour les non-Belges. Cette formation correspondait parfaitement au rôle des CHW, qui consiste à rendre les soins de santé accessibles aux groupes vulnérables. À Bruxelles, une formation avec le CPAS a permis à plusieurs CHW de mieux comprendre les services de santé mentale au sein du CPAS, afin de pouvoir mieux orienter les personnes dans leur trajet. À Charleroi, trois CHW ont participé à une formation sur la manière d'accompagner une personne dans le processus de demande auprès du SPF Sécurité sociale – Direction générale Personnes handicapées.

Formations cliniques et pratiques

Les CHW suivent également des formations qui leur permettent d'élargir leurs connaissances médicales, d'apprendre à reconnaître les problèmes de santé et d'améliorer leur connaissance des mesures préventives. En Flandre, les CHW ont assisté à un séminaire en ligne sur les soins bucco-dentaires organisé dans le cadre du projet « Ieders Mond Gezond » de l'Institut flamand de la santé bucco-dentaire. Le projet se concentre sur la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies bucco-dentaires dans la population générale et dans des groupes cibles spécifiques, y compris le public cible du programme CHW, comme les personnes en situation de pauvreté ou les personnes âgées vulnérables. Cette formation a non seulement porté sur les problèmes de santé bucco-dentaire courants parmi les groupes vulnérables, mais elle a également donné un aperçu des coûts et des possibilités financières permettant de rendre les traitements plus accessibles. Des cas concrets intéressants ont été discutés, ce qui a permis aux participants de relier directement les connaissances acquises à leur travail quotidien.

Quelques CHW ont participé à une formation aux premiers secours en 2024, au cours de laquelle ils ont acquis des compétences pratiques qui sont précieuses à la fois dans leur contexte professionnel et dans la vie de tous les jours. À Tirléfont, deux CHW ont reçu une formation sur l'intervention précoce en matière de diabète. Cette formation était spécifiquement axée sur la reconnaissance à temps des symptômes et sur le renvoi des patients vers les soins appropriés, ce qui a un impact direct sur la prévention des complications. En Wallonie, une formation a été organisée sur la problématique de l'hygiène. Deux CHW ont participé à ces sessions, qui ont fourni des directives pratiques pour aborder les questions d'hygiène avec leurs bénéficiaires. À Bruxelles, certaines formations prennent la forme d'une intervention ou d'un échange d'expériences avec des experts de terrain. Par exemple, un CHW a participé à un échange sur la manière de mieux soutenir les personnes âgées isolées, organisé par Zoom Senior.

Soutien et autogestion

Les formations sur le soutien et l'autogestion sont importantes pour améliorer les compétences et les connaissances des CHW. Cela leur permet non seulement d'être plus performants dans leur travail, mais aussi de mieux aider les personnes de la communauté. Ces formations mettent également l'accent sur les compétences pratiques qui facilitent le travail quotidien des CHW.

En 2024, une attention particulière a été accordée au bien-être psychosocial des CHW. Les CHW ont participé à des sessions interactives organisées par Cohezio, qui se sont concentrées sur l'analyse des risques psychosociaux. Ces groupes focus ont constitué une plate-forme précieuse pour discuter de la charge de travail et des défis qui y sont liés, évacuer les frustrations et trouver ensemble des solutions. Les sessions ont été accueillies très positivement, avec l'espoir que le feedback soit réellement mis à profit pour apporter des améliorations durables à l'environnement de travail. En outre, en 2024, tous les CHW ont suivi des formations à l'assertivité « Assertif de l'intérieur ».

Ces sessions ont aidé les participants à prendre confiance en eux, à mieux signaler leurs limites et à réagir avec plus d'assurance dans différentes situations. Les formations ont été jugées très instructives et ont également permis d'améliorer l'interaction avec les autres sur le lieu de travail. Cet effet positif était également perceptible dans la formation à l'entretien motivationnel, qui constituait une partie importante de la formation de plusieurs jours sur les assuétudes.

En mars, une session de formation en ligne a permis à tous les CHW de se familiariser avec les nouvelles fonctions de l'outil d'enregistrement. Cela les a aidés à effectuer les tâches administratives obligatoires et à suivre leurs bénéficiaires à l'aide des données enregistrées dans l'outil. À Liège, les CHW ont suivi une formation en informatique pour améliorer leurs compétences numériques, par exemple dans des programmes tels que Word et Excel.

Développement personnel

La formation à l'assertivité dispensée aux CHW de toutes les régions a été jugée extrêmement précieuse, non seulement pour leur développement professionnel, mais aussi pour leur développement personnel.

6.2.2 Formation des responsables d'équipe (RE)

Alors que les années précédentes, des formations plus courtes d'une journée ou d'une demi-journée avaient été organisées, cette année, une réponse plus forte a été apportée aux besoins de formation des RE en proposant une formation de plusieurs jours.

Elle comprend quatre jours de formation intensive et est destinée à renforcer les RE dans leurs rôles et responsabilités. Deux journées ont été organisées en 2024 et deux journées auront lieu en 2025. Pour sélectionner cette formation, les RH ont travaillé en étroite collaboration avec les coordinateurs afin de trouver une formation appropriée, qui a finalement été dispensée par un partenaire externe, Bao Academy.

Cette formation de quatre jours vise à donner aux responsables d'équipe des outils supplémentaires pour mieux soutenir les CHW dans leur travail quotidien. Dans le même temps, ils ont été aidés à gérer eux-mêmes les situations difficiles avec résilience. Le cours consiste en un module de base couvrant diverses compétences de leadership, telles que les différents rôles d'un manager, la compréhension du comportement, l'empowerment au sein d'une équipe, l'équité et l'équilibre dans les relations, le travail sur l'implication et la mise en place d'une communication efficace et respectueuse. Il s'est également attaché à renforcer et à mieux aligner les pratiques et les outils déjà utilisés dans le cadre du programme CHW.

Outre la formation générale de quatre jours sur le leadership axé sur les personnes, plusieurs responsables d'équipe ont également suivi des formations complémentaires individuelles et participé à des réunions d'information. Le responsable d'équipe d'Ostende a ainsi participé au « Dag van de Zorgverlener », une initiative des soins de première ligne d'Ostende. La journée comprenait des ateliers sur la déconnexion et le sommeil, suivis d'une conférence en soirée sur la résilience. En décembre, le même responsable a assisté à une conférence du Dr Nelissen, pédopsychiatre, sur le bien-être mental des jeunes, organisée en collaboration avec la Zone de première ligne et le réseau NOWE, qui se concentre sur les soins de santé mentale. À Tirlemont, le responsable d'équipe a participé à une journée d'étude sur le double impact de la suicidalité et de la toxicomanie, organisée par la Familieplatform. La responsable de Bruxelles a participé à une journée d'étude sur le bien-être mental des équipes. La journée, organisée par Socius, s'est concentrée spécifiquement sur la promotion d'une culture de travail saine et solidaire au sein des équipes.

Lorsqu'on leur a demandé quelle formation les responsables d'équipe souhaitaient encore recevoir, l'un d'entre eux a exprimé le besoin d'une formation sur comment « donner une intervision et une supervision », car elle n'avait pas d'expérience en la matière. Bien qu'elle ait reçu quelques outils pour accompagner les interventions, la formation a malheureusement été interrompue en raison du départ du superviseur de la formation.

6.3 Journée de rencontre, interventions et réunions

6.3.1 Journée de rencontre 2024

Le 19 février 2024, une journée de rencontre a été organisée pour tous les CHW dans les bâtiments de la MC à Schaerbeek. L'objectif de cette journée était de renforcer la collaboration et la stratégie au sein du programme CHW. Une traduction simultanée était disponible.

La journée a commencé par un échange et une réflexion, où les CHW ont partagé leurs expériences de travail en petits groupes. Ces expériences ont ensuite été discutées au sein du groupe élargi. Le matin, les participants ont travaillé sur la mission, la vision et la stratégie du programme CHW. L'après-midi, IM a expliqué la structure organisationnelle et le rôle du programme CHW au sein de cette structure. Des informations ont également été données sur le plan de prévention, qui est toujours en développement, et sur le nouveau système de suivi budgétaire et d'allocation de matériel.

6.3.2 Intervisions pour les CHW

En **Flandre**, l'équipe de Gand, sous la direction du psychologue Koen Van Praet, a organisé des intervisions en utilisant la méthodologie OASE, une méthode d'intervision axée sur le rétablissement et visant à trouver des solutions aux problèmes ou aux cas spécifiques auxquels les CHW sont confrontés. Au cours de ces sessions, les participants travaillent en quatre phases structurées : (1) une phase d'orientation : le CHW décrit le problème et ce qui a déjà été tenté pour le résoudre, (2) une phase d'appréciation au cours de laquelle les efforts déjà réalisés par le CHW sont évalués et le problème est approfondi par les collègues qui posent des questions, (3) une phase de suggestion au cours de laquelle les collègues font des suggestions pour résoudre le problème posé, et (4) une phase d'effet au cours de laquelle le CHW détermine les actions concrètes qu'il ou elle va entreprendre. Le CHW fournit un feed-back à l'équipe après la mise en œuvre de ces actions lors d'une réunion suivante. Cette méthode, perçue comme sûre et accessible, est désormais bien établie au sein de l'équipe et aide les CHW non seulement à résoudre les problèmes, mais aussi à améliorer leurs compétences en matière de feed-back. En outre, une intervision a été réalisée avec Marieke Lamaire, coordinatrice des stewards de quartier à Gand, sur le bouclage des dossiers, un défi qui entre souvent en jeu dans les processus d'accompagnement de longue durée, que les stewards de quartier continuent également à expérimenter. Avec Marieke, des conseils ont été échangés, notamment celui de communiquer dès le premier contact qu'un trajet est limité dans le temps et de discuter des situations en équipe afin d'éviter les doublons.

Trois sessions de coaching d'équipe d'une demi-journée ont été organisées à Anvers, supervisées par le partenaire externe Bao Academy, dans le but de renforcer la collaboration interne de l'équipe.

Aucune intervision n'a eu lieu à Ostende, Genk et Tirlemont, en partie à cause de l'absence d'un partenaire d'intervision externe (abordable). Lors des réunions d'équipe, toutes les équipes flamandes discutent des cas et échangent leurs expériences dans le but de mener une réflexion commune, d'apprendre les uns des autres et de renforcer l'approche professionnelle au sein de l'équipe.

En **Wallonie et en région germanophone**, une demi-journée thématique sur le travail avec les groupes cibles vulnérables a été organisée par la coordination régionale. Inspirée de la méthode des « Six chapeaux de Bono », une situation est examinée sous différents angles. Cette approche permet d'adopter des angles nouveaux, parfois inattendus ou inhabituels, qui peuvent déboucher sur des solutions innovantes et pratiques qui ne seraient pas apparues autrement. En apprenant comment les autres équipes travaillent, les CHW ont eu l'occasion de réfléchir à leurs propres méthodes de travail et de se questionner sur leur approche. Un accompagnement a également été réalisé par Fusion Liège (plusieurs rencontres de 2h30 chacune) auprès des équipes de la zone de Liège avec pour objectif d'aborder les différents troubles psychologiques en lien avec le travail des CHW. Pour les CHW de Charleroi, un contact a été pris avec l'équivalent de Fusion Liège "Mosaïques" afin de débiter une collaboration pour 2025.

À **Bruxelles**, une intervision régionale a été organisée sur le thème des « outsiders », en mettant l'accent sur l'échange d'expériences. Les CHW ont discuté de cas qui les ont amenés à s'interroger sur les limites de leur rôle professionnel. L'objectif était de mieux comprendre et délimiter le travail des CHW. Les sessions ont suivi une approche structurée au cours de laquelle les participants ont analysé des cas concrets en groupes de 10 personnes maximum. Chaque cas a d'abord été présenté brièvement en une minute par différents participants, après quoi il a été décidé ensemble quel cas serait discuté plus en détail. Le cas a ensuite été discuté en trois étapes : avant, pendant et après la situation.

Pour chaque étape, les méthodes possibles, les conseils, la préparation et les informations ont été discutés. Le cas suivant a ensuite été examiné. En discutant ensemble des méthodes et des solutions, les participants se sont sentis mieux soutenus et plus confiants dans leur travail. Cette approche sera utilisée plus souvent dans les prochaines interventions.

En outre, il existe au sein de l'équipe de Bruxelles des CHW qui se concentrent sur des thèmes particuliers, tels que la santé mentale, les assuétudes, la violence sexiste, le sans-abrisme et les sans-papiers. Ces CHW travaillent en petites équipes pour mieux comprendre et répondre aux questions spécifiques du groupe cible. Ils approfondissent leur sujet en nouant des contacts avec les organisations concernées, telles que les services d'urgence ou les centres communautaires, et recueillent toutes les informations importantes, comme qui peut accéder à quels services et dans quelles conditions. Pour rendre leur travail encore plus efficace, les spécialistes thématiques organisent des concertations régulières avec les organisations partenaires. Ils échangent leurs expériences, observent les obstacles auxquels se heurtent les personnes qui cherchent de l'aide et recherchent ensemble des solutions. Ils suivent également de près l'évolution de leur thématique, comme les changements législatifs ou les nouveaux besoins du groupe cible.

Les interventions sont perçues comme utiles et pertinentes par les CHW. Elles contribuent à une meilleure compréhension des cas complexes, au développement de nouvelles compétences et au renforcement de la collaboration au sein des équipes et entre elles. Grâce à leur approche structurée et à leurs méthodologies, ces sessions sont un outil important pour le développement professionnel des CHW et des responsables d'équipe.

6.3.3 Interventions et réunions pour les responsables d'équipe

En **Flandre**, des réunions via Teams ont été organisées chaque semaine pour tous les responsables d'équipe et une réunion physique du groupe a eu lieu quatre fois sur l'année. Au cours de ces réunions, on a pris le temps de discuter des bonnes pratiques afin que les membres de l'équipe puissent apprendre les uns des autres. Les discussions ont notamment porté sur les ressources humaines, les modalités pratiques, les possibilités de mise en réseau et les signaux importants, mais il a également été possible de discuter de questions telles que le suivi des enregistrements.

En **Wallonie**, des réunions d'équipe bimensuelles ont été organisées avec les responsables d'équipe. Ces réunions ont alterné entre l'utilisation de Teams et une rencontre en présentiel. Au cours de ces réunions, des questions telles que l'avancement du plan d'action, les changements de procédures, l'enregistrement des signaux et la mise en œuvre de stratégies de communication ont été abordées. Il y avait également un espace pour discuter des situations ou des procédures qui soulevaient des questions, et les responsables d'équipe ont pu exposer leurs propres sujets. L'objectif est d'organiser davantage de moments d'intervention en 2025, au cours desquels les responsables se soutiennent mutuellement et donnent leur avis sur des cas ou des défis spécifiques au sein de leurs équipes.

6.4 Politique de valorisation

En 2024, un budget a été libéré pour la première fois afin de mettre en place une politique de valorisation. Le plaidoyer répété lors des réunions avec l'INAMI et le Cabinet sur l'importance de la cohésion de l'équipe, de la reconnaissance intermédiaire et du teambuilding a porté ses fruits, ce qu'a fortement apprécié l'ensemble de l'équipe des CHW. Ces moments sont l'occasion d'interagir dans une atmosphère plus informelle et plus détendue, ce qui est très apprécié par tous.

En 2024, deux activités de teambuilding ont été organisées :

- Une pour les responsables d'équipe et les coordinateurs de toutes les régions.
- Une pour l'ensemble du groupe : tous les CHW, les RE, les coordinateurs et les collègues de l'IM qui soutiennent le programme CHW.



Ces deux moments ont été jugés très positifs et efficaces. Le teambuilding pour les responsables a été mené par les coordinateurs régionaux de Flandre, tandis que le teambuilding pour l'ensemble de l'équipe a été organisé par les coordinatrices wallonnes et bruxelloise. En 2025, les rôles seront inversés.

6.5 Possibilités de carrière

En 2024, la politique de recrutement a été adaptée de manière à ce que tous les nouveaux postes vacants offrant des possibilités d'évolution soient d'abord publiés en interne pendant 14 jours avant d'être accessibles à des externes. Cette année, plusieurs possibilités d'évolution ont été offertes aux CHW, dont trois postes vacants. L'un d'entre eux a été pourvu par un CHW qui a évolué vers la fonction de responsable d'équipe à Charleroi. Il y a également eu des opportunités pour les responsables d'équipe, comme le poste vacant de coordinateur des assuétudes, qui a été pourvu par un responsable d'équipe qui a depuis quitté l'organisation.

7 Changements dans les matières de soutien

7.1 Soutien logistique

Le groupe de travail sur la visibilité, composé de représentants des CHW et des RE et dirigé par l'un des coordinateurs, a dressé la liste des équipements nécessaires sur le terrain. Les responsables d'équipe ont été invités à dresser la liste des besoins logistiques les plus urgents à court terme.

L'analyse psychosociale de Cohezio a souligné l'importance de la visibilité des CHW, notamment par le port de vêtements de travail reconnaissables. Les CHW travaillent souvent à l'extérieur, dans des conditions météorologiques différentes, et ont besoin de vêtements de travail appropriés. Cette approche est conforme à celle d'autres programmes internationaux de CHW, comme au Royaume-Uni. C'est pourquoi, en 2024, des vêtements de travail ont été commandés pour les collaborateurs. Le groupe de travail sur la visibilité a mis au point de nouvelles cartes de visite et de nouveaux badges pour tous les CHW, afin d'uniformiser l'apparence au sein du programme. En outre, l'affiche a été remaniée et mise à jour. Ces investissements dans le matériel sont considérés comme un moyen de renforcer la résilience des travailleurs.

Plusieurs améliorations ont également été apportées au niveau local en termes de soutien logistique. À Genk, une salle de réunion a été mise à disposition dans les locaux de Solidaris, avec wifi, afin que l'équipe puisse y travailler et s'y réunir de manière efficace et agréable. Les CHW de Bruxelles peuvent désormais utiliser une salle de réunion chez Intermut. L'équipe de Schaerbeek a reçu deux petits locaux dans le bâtiment principal de la MC. Un espace est également prévu à Bruxelles pour que tous les CHW puissent stocker et conserver du matériel. À Charleroi, les CHW ont obtenu un accès à une imprimante chez Solidaris et des armoires fermant à clé ont été installées pour stocker leur matériel en toute sécurité. À Eupen et à Verviers également, les CHW ont reçu accès à une imprimante et à un bureau partagé.

7.2 Utilisation de l'outil d'enregistrement

7.2.1 Analyse des données enregistrées en 2024

Chaque CHW enregistre les contacts, actions et interventions qu'il entreprend dans l'outil d'enregistrement. Les personnes peuvent être suivies individuellement ou être atteintes par le biais d'une intervention de groupe (par exemple, lors d'une séance d'information ou d'un moment de sensibilisation). En enregistrant ces informations, il est possible de réaliser une analyse des personnes atteintes par le programme CHW, de la manière dont elles ont été atteintes, des actions entreprises pour ces personnes, etc. Ci-dessous se trouvent les principales conclusions de l'analyse des données pour 2024.

À la fin de l'année 2024, le nombre total de personnes enregistrées depuis la création de cet outil en 2022 s'élève à 13 987. En 2024, 5 121 nouvelles personnes ont été enregistrées (il y en avait 3 693 en 2023).

En 2024, 27 282 interventions ont été réalisées, dont 24 791 interventions individuelles et 2 491 interventions de groupe. Grâce aux interventions de groupe, un total de 27 868 personnes ont été atteintes. En ce qui concerne les interventions individuelles, nous constatons une moyenne de 4,01 interventions par personne. En 2024, les CHW ont réalisé 675 interventions de groupe de plus qu'en 2023.

Un total de 36 275 actions a été enregistré, dont 24 % étaient axées sur la navigation dans le système de santé, 15 % sur du travail de proximité, 14 % sur l'assistance et le coaching dans le cadre de l'autogestion des besoins de santé, et 13 % étaient orientées vers la facilitation de la communication entre les personnes ayant des besoins de soins et les professionnels de la santé ou du social.

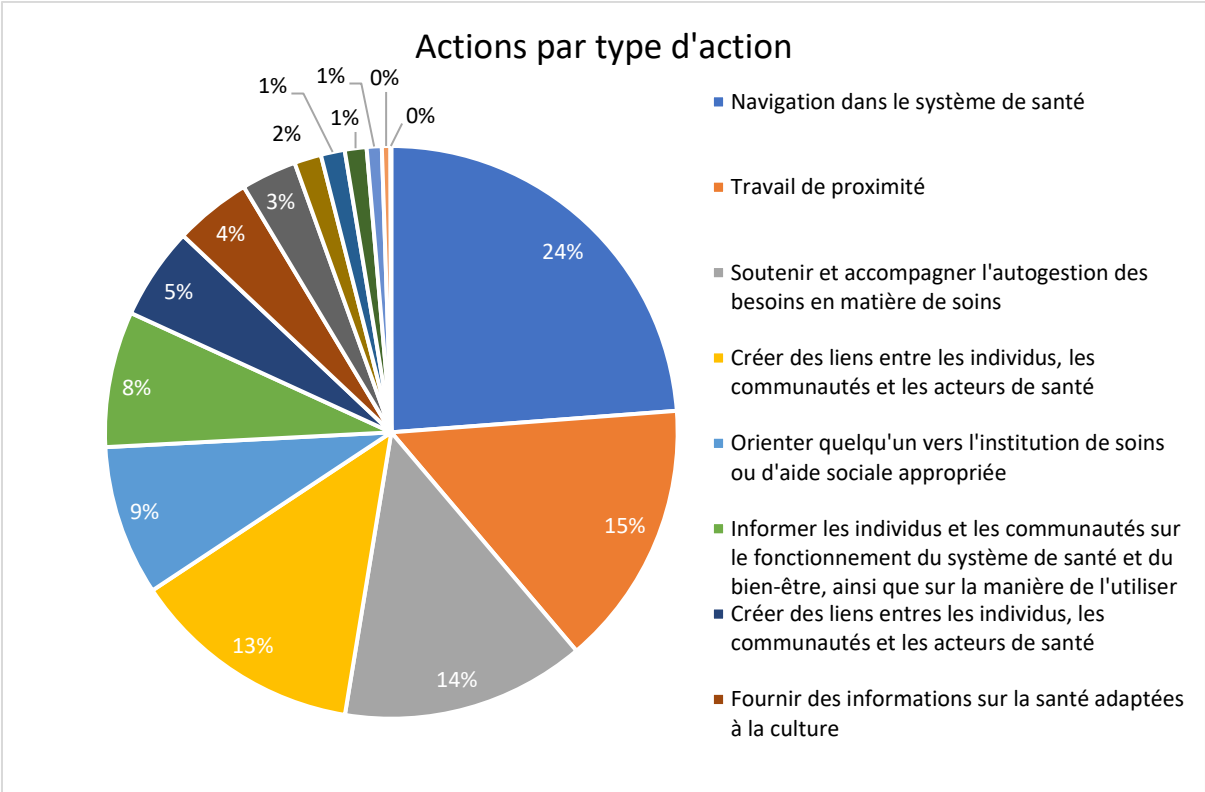


Figure 5 : Nombre d'actions par type d'action

La plupart des personnes (23 %) entrent en contact avec nous par l'intermédiaire d'un contact chez un partenaire ou via un contact téléphonique ou numérique. 21 % ont découvert le CHW lors d'un moment d'accueil, 10 % ont rencontré le CHW dans la rue ou sur une place, et 7 % via un contact dans un espace public.

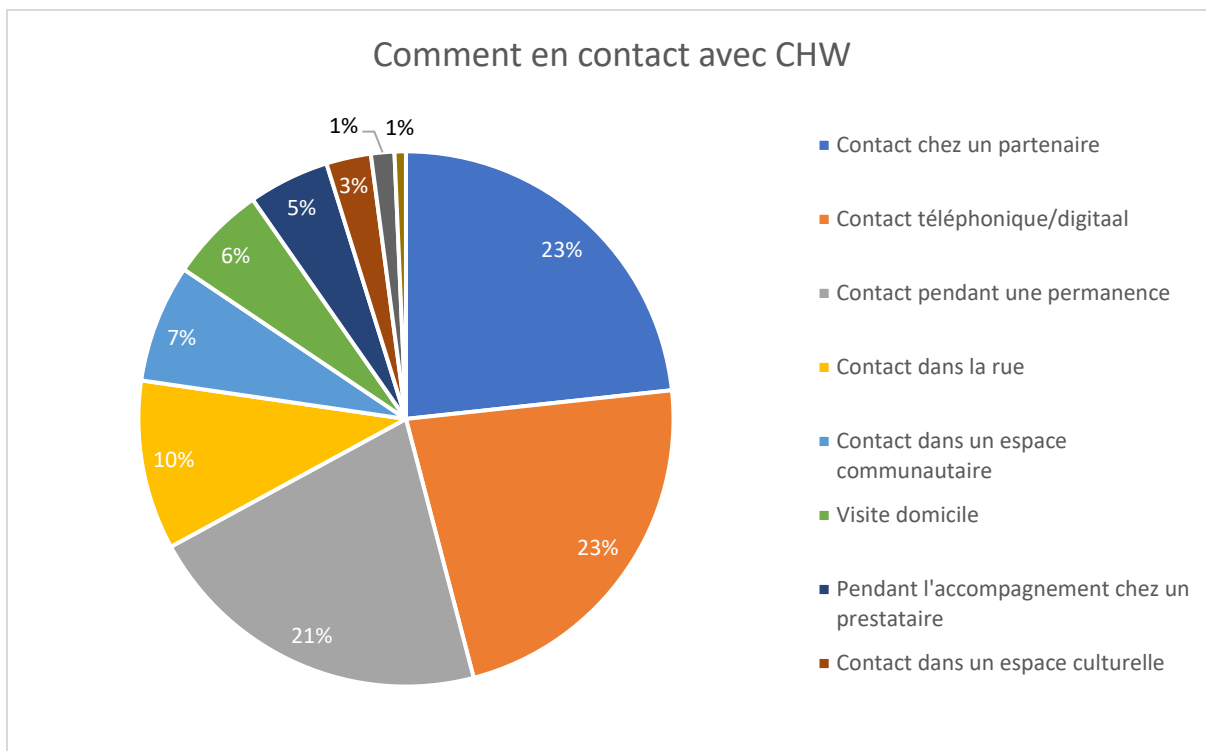


Figure 6 : Comment les personnes soutenues sont-elles entrées en contact avec le programme CHW ?

L'âge moyen des personnes soutenues est de 43 ans, avec un minimum de 0 an et un maximum de 107 ans. Pour l'âge de 0 an, cela est probablement dû au fait qu'il s'agit d'un soutien administratif à la naissance. En 2024, un peu plus de femmes (50 %) que d'hommes (44 %) ont été aidées, 44 personnes ont indiqué ne s'identifier ni comme femme ni comme homme, et pour 749 personnes (6 %), le genre n'a pas été enregistré.

Les personnes soutenues représentaient plus de 100 nationalités différentes. Parmi les 13 457 personnes dont la nationalité a été enregistrée, 30,5 % avaient la nationalité belge. D'autres nationalités fréquemment représentées parmi les personnes enregistrées sont les nationalités marocaines (12,2 %), afghanes (5,3 %), syriennes (3,8 %), turques (3,8 %) et ukrainiennes (3,3 %). Pour 12,4 %, la nationalité est inconnue.

7 589 personnes sur un total de 13 457 enregistrées en 2024 ont également fourni des informations sur leur statut légal.

34 % ont le statut de réfugié ou bénéficient d'une protection subsidiaire, 32 % ont déclaré avoir la nationalité belge, 14 % appartiennent à la catégorie « autres ». Cette catégorie comprend les personnes obtenant ultérieurement un visa pour regroupement familial, un visa étudiant, des ressortissants de l'UE sans permis de séjour (les trois premiers mois étant légaux, suivis d'un séjour irrégulier) ou encore des personnes disposant d'un permis de travail.

11 % étaient en procédure d'asile, 7 % ont déclaré ne pas disposer d'un titre de séjour et 2 % avaient un visa.

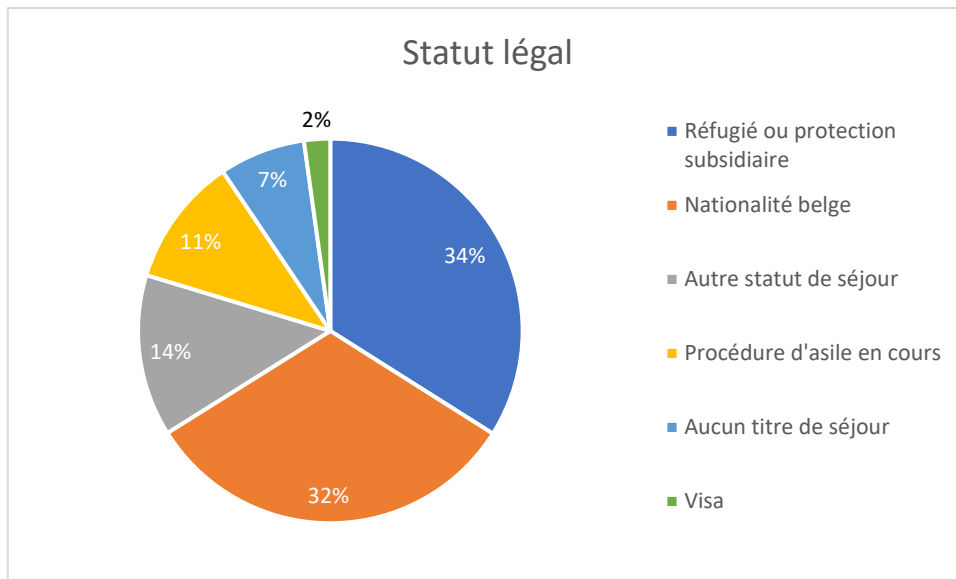


Figure 7 : Statut légal

Seulement 4,3 % des personnes enregistrées en 2024 (572 sur 13 457) ont également vu leur niveau d'éducation enregistré.

Parmi elles, 42 % ne possèdent aucun diplôme et 22 % n'ont suivi que l'enseignement primaire. 6,5 % ont suivi des études supérieures.

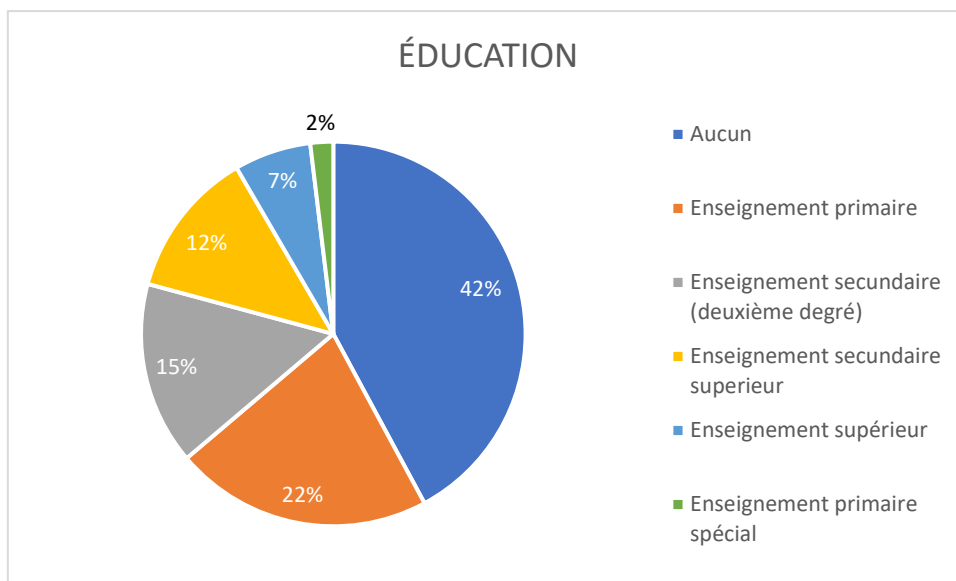


Figure 8 : Education

Comme illustré dans la figure 9 ci-dessous, il apparaît que parmi les 8 515 personnes ayant fourni des informations au sujet de leur revenu, près d'un tiers n'en a pas ou bénéficie d'un revenu d'intégration sociale (28 %). La troisième plus grande groupe a acquis un revenu par le biais d'une allocation d'invalidité. De plus, 11 % ont perçu une pension. Seuls 7 % déclarent avoir un emploi stable.

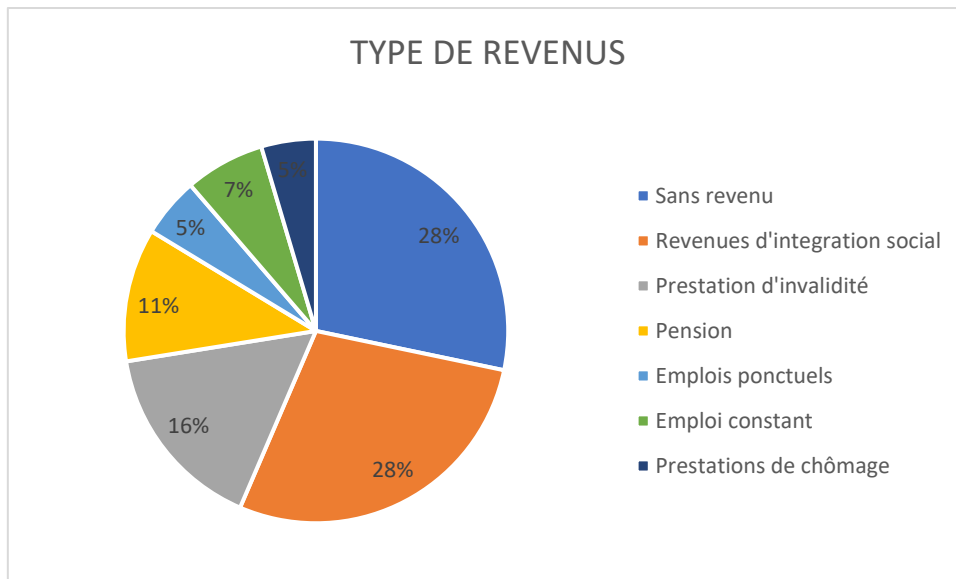


Figure 9 : Type de revenus

Lorsque les CHW demandent aux personnes si elles parviennent à répondre à leurs besoins avec leur revenu, il apparaît que trois quarts des personnes ayant répondu à cette question indiquent avoir des difficultés à joindre les deux bouts. 31 % déclarent qu'il est "plutôt difficile" de s'en sortir, 22 % disent que c'est "difficile" et 20 % estiment que c'est "très difficile". Une personne sur quatre affirme que son revenu est suffisant : près de 19 % disent qu'il est "plutôt facile" de s'en sortir, 6 % affirment qu'il est "facile" de s'en sortir et seulement 2 % déclarent que c'est "très facile". Ces chiffres correspondent à ceux enregistrés l'année précédente et indiquent que les CHW atteignent effectivement des personnes en situation socio-économique difficile.

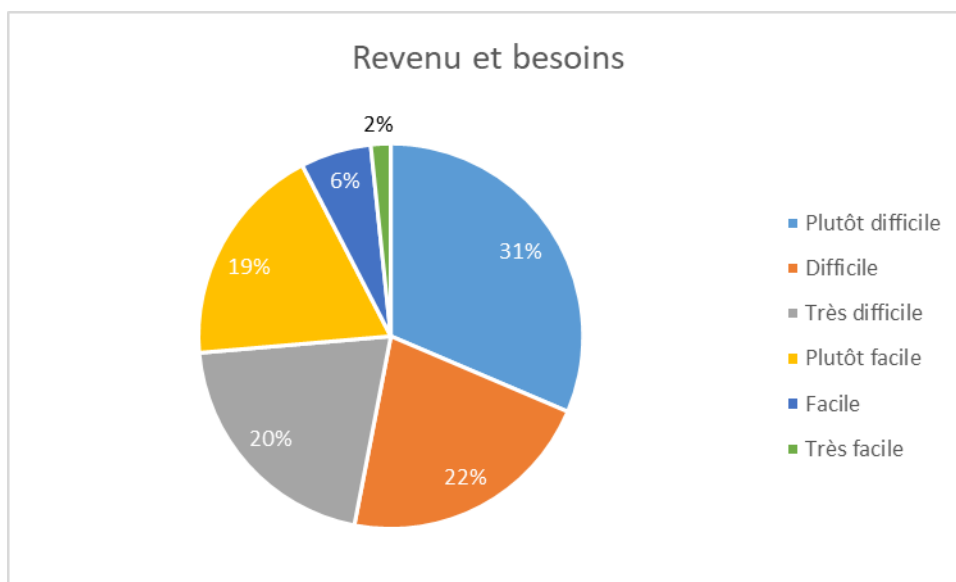


Figure 10 : s'en sortir financièrement

Les personnes pouvaient également indiquer quelles barrières elles rencontraient dans le système de santé. Les barrières les plus fréquentes en 2024 sont une connaissance limitée du système de santé, ainsi qu'une connaissance limitée de l'administration. La langue et les conditions de vie représentent également des barrières importantes.

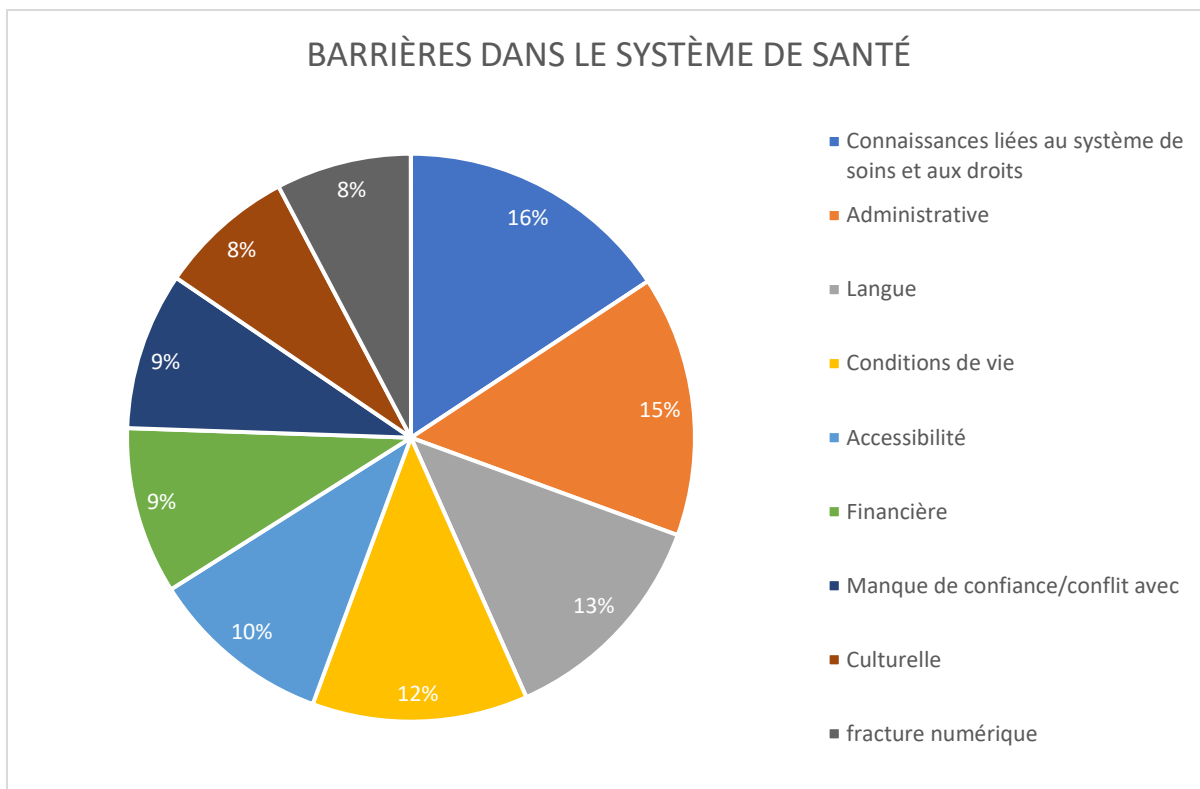


Figure 11 : Barrières

Nous constatons que 43 % des actions entreprises concernaient la santé, 26 % le bien-être, 17 % les mutualités, 7 % le CPAS et 7 % d'autres services non spécifiés. La catégorie santé englobe tout ce qui concerne les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les infirmiers de rue, etc. Le bien-être concerne des organisations telles que Saamo, le travail de rue, le PMS, etc. En ce qui concerne les mutualités, cela inclut à la fois les services administratifs et le service de travail social. Le pourcentage "autres" se réfère à des orientations vers, entre autres, un avocat, un service de logement, Fedasil etc.

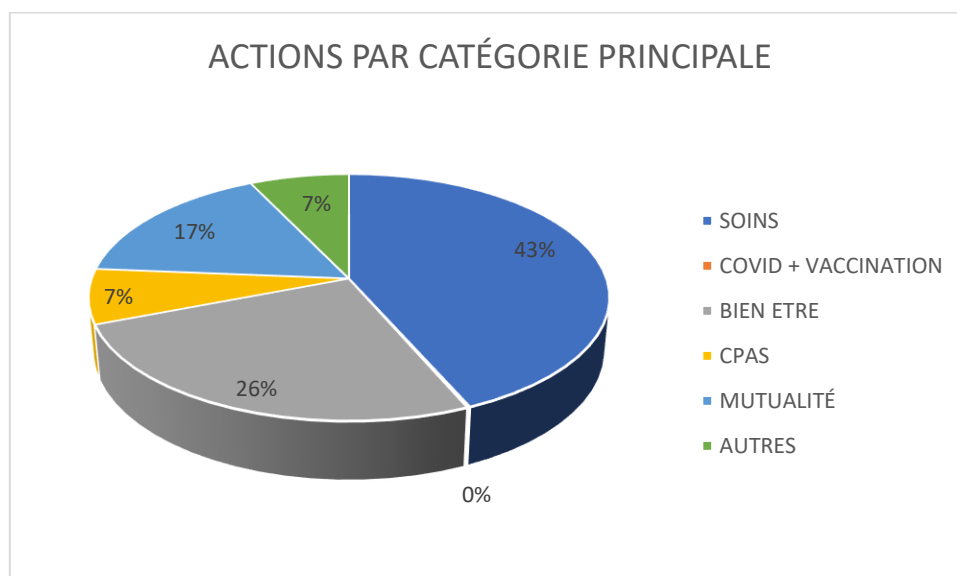


Figure 12 : Actions par catégorie principale

Médecin généraliste

Parmi les 5121 personnes enregistrées, nous constatons que 3192 ont un médecin généraliste attiré. Au moins 887 personnes (27,8 %) ont trouvé leur médecin grâce à l'intermédiation d'un CHW. L'option permettant d'indiquer si la personne a trouvé un médecin grâce au CHW a été optimisée au cours de l'année 2024, il est donc probable que ce chiffre soit en réalité encore plus important. A noté que cette information n'a pas toujours été enregistrée correctement au début de sa modification.

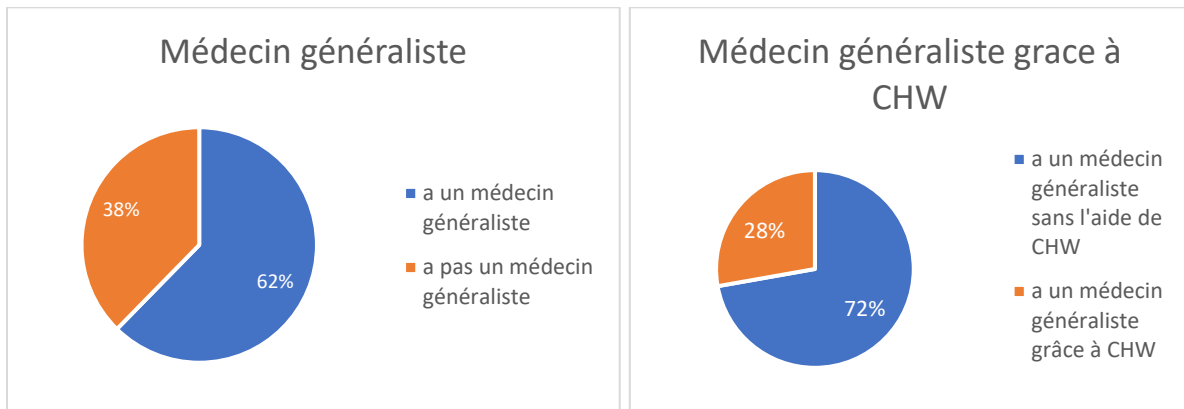


Figure 13 : Médecin généraliste (grâce à CHW)

Membre d'une mutuelle

Sur les 5121 personnes enregistrées en 2024, 3099 sont affiliées à une mutuelle. Parmi elles, 24 % ont trouvé leur mutuelle grâce au CHW.

Comme pour le médecin traitant, étant donné que l'option permettant d'indiquer si une personne a trouvé sa mutuelle grâce au CHW n'a été optimisée que plus tard en 2024, il est probable que le nombre réel soit plus élevé. Au début de cette modification, l'enregistrement de cette information n'était pas toujours fait correctement.

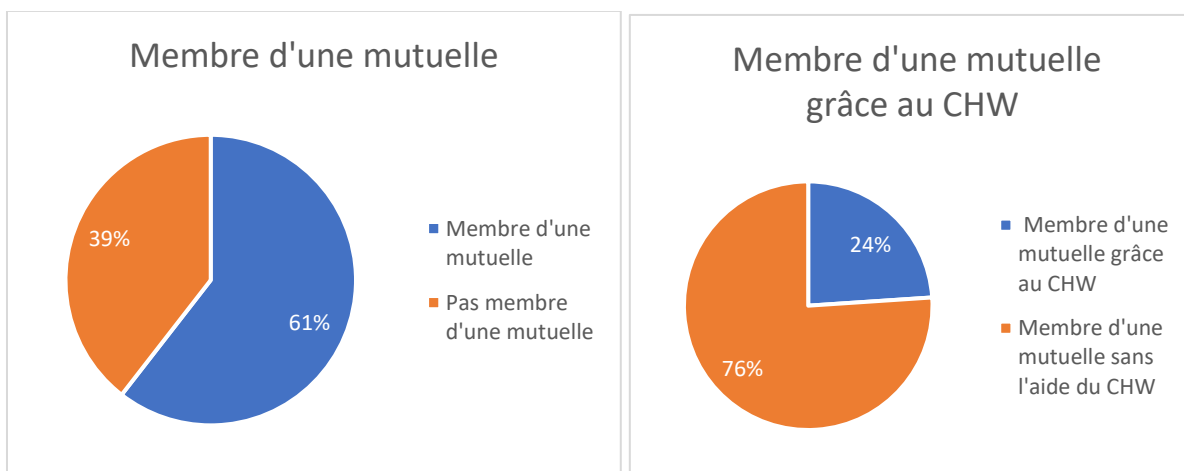


Figure 14 : Membre d'une mutuelle (grâce à CHW)

Dentiste

Sur les 5121 personnes enregistrées en 2024, 1062 ont un dentiste. Parmi elles, 37,5 % ont trouvé leur dentiste grâce au CHW (Community Health Worker).

Comme pour le médecin traitant et la mutualité, étant donné que l'option permettant d'indiquer si une personne a trouvé son dentiste grâce au CHW n'a été optimisée que plus tard en 2024, il est probable que le nombre réel soit plus élevé. Au début de cette modification, l'enregistrement de cette information n'était pas toujours fait correctement.

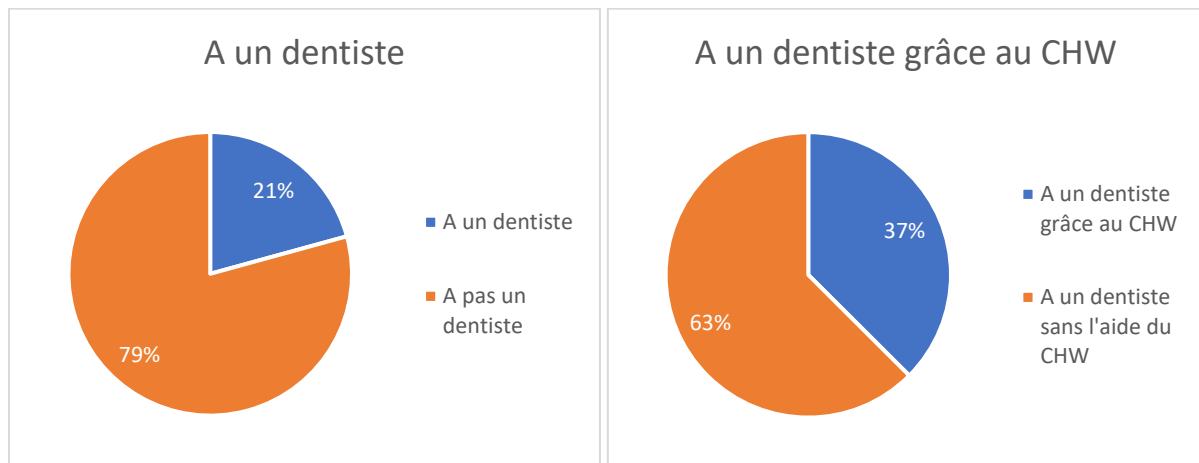


Figure 15 : Dentiste (grâce à CHW)

7.2.2 Améliorer l'enregistrement et la collecte de données

Une formation a été organisée dans les différentes régions autour des nouveautés apportées à l'outil d'enregistrement, afin de s'assurer que tous les CHW comprennent et interprètent l'outil de la même manière pour garantir une collecte de données uniforme.

Afin d'optimiser le fonctionnement du programme CHW, un monitoring ciblé du nombre d'interventions est effectué au sein de chaque équipe. L'accent est mis ici sur l'analyse de certains paramètres afin de mieux visualiser les tendances et les freins potentiels. Concrètement, plusieurs aspects sont suivis. Toutes les deux semaines, un suivi du nombre de personnes touchées et du nombre d'interventions individuelles sur une base hebdomadaire est effectué par les responsables d'équipe. Les interventions individuelles et celles de groupe sont évaluées tous les mois. L'objectif final de ce suivi est, sur la base des chiffres, d'ajuster le fonctionnement si nécessaire. Il peut s'agir, par exemple, d'améliorer le soutien lors des enregistrements, mais aussi d'instaurer un dialogue avec les CHW. Les défis peuvent être détectés rapidement, ce qui permet de discuter des expériences du CHW et de rechercher ensemble des solutions constructives. Cette approche permet aussi de mieux comprendre les tâches des CHW.

8 Changements dans la mise en œuvre sur le terrain

8.1 Changements des domaines de travail et du fonctionnement local des CHW

En 2024, quelques changements mineurs ont été apportés au champ d'action d'Anvers et de Bruxelles. À Anvers, le travail a été étendu aux codes postaux 2100 Deurne et 2000 Anvers.

Ces quartiers sont limitrophes des zones où les CHW sont déjà actifs, et de nombreuses personnes qui pourraient bénéficier du soutien des CHW y vivent. Dans les nouveaux quartiers, les demandes sont actuellement traitées dans le cadre des réseaux ou des collaborations existants. Des visites à domicile sont effectuées si nécessaire, mais aucune action de proximité n'est menée sur les places, les marchés ou dans les rues. À Ostende, certaines heures d'accueil ont été adaptées après évaluation. Ainsi, le moment d'accueil à Stene a été supprimé et remplacé par un moment d'accueil bimensuel pendant le coin d'échange de l'équipe d'accueil à la Maison de l'enfant.

À Bruxelles, le champ d'action des CHW a été élargi : alors qu'auparavant le fonctionnement était délimité par quartier, il s'inscrit désormais dans les limites de la commune, ce qui permet une plus grande flexibilité pour travailler au-delà des frontières des quartiers. En outre, Bruxelles travaille désormais avec ce que l'on appelle des bassins : des zones géographiques dans lesquelles différentes organisations et services de santé et de bien-être travaillent ensemble pour mieux répondre aux besoins de la population locale. Pour améliorer cette collaboration, un SPOC (Single Point of Contact) a été désigné pour l'équipe CHW dans chaque bassin. Il s'agit d'une personne de contact centrale qui collecte les informations et les transmet à l'équipe. Les SPOC suivent de près l'évolution de la situation dans leur zone, tiennent l'équipe informée et participent aux réunions et aux groupes de travail afin de renforcer la collaboration. Les bassins font partie du Plan social santé intégré (PSSI), qui vise à mieux aligner les services sociaux et de santé sur les besoins locaux. L'équipe des CHW de Bruxelles participe activement aux ateliers et aux sessions de coordination afin de suivre les changements et d'anticiper l'impact sur l'organisation. Ce processus est actuellement en cours et pourrait nécessiter des adaptations futures.

À Gand, deux projets axés sur les soins de santé mentale sensibles à la culture sont en cours, mais leur avenir est incertain en raison de problèmes de financement. Le premier projet, EriCare, fournit des soins de santé mentale adaptés à la culture des personnes d'Érythrée parlant le tigrinya. Le projet est né des besoins de la communauté érythréenne, qui ne trouvait pas de soutien approprié dans les soins de santé mentale traditionnels. Les sessions se concentrent sur le traitement des traumatismes et le renforcement de la communauté et sont supervisées par un psychologue expérimenté dans le travail sensible à la culture. La CHW, Nikhat, joue un rôle important car elle a le même parcours que les participants, ce qui contribue à instaurer un climat de confiance. Les participants acquièrent une plus grande autonomie et une meilleure compréhension de leur santé. Malheureusement, les sessions de maintenance prévues en 2025 ne pourront pas avoir lieu en raison de conditions de financement plus strictes. Le second projet, Dobre Doshli, s'adresse aux femmes bulgares travaillant dans le secteur du nettoyage et qui souffrent souvent de problèmes de santé liés à leur travail. En collaboration avec un psychologue et des médiateurs interculturels, des sessions de groupe sont organisées pour répondre à leurs besoins spécifiques. Le CHW, Binka, joue un rôle crucial en guidant les participants et en jouant le rôle de passerelle. Le projet a été couronné de succès, en partie grâce à l'autonomisation et à la suppression des schémas de stress. Toutefois, Binka pourrait repasser à un taux d'emploi de 40 % en 2025, ce qui rendrait l'avancement du projet incertain.

De plus, la situation incertaine actuelle du programme CHW, dont la convention actuelle s'achèvera le 31 décembre 2025, menace la survie des fonctionnements CHW locaux, des nombreux projets constructifs et des collaborations indispensables. L'équipe de projet plaide donc pour un ancrage structurel à partir de 2026.

8.2 Collaborations

Pour renforcer la mise en œuvre du programme CHW dans la pratique, des efforts intensifs sont déployés pour collaborer à tous les niveaux du programme et dans toutes les équipes de CHW. En 2023, l'Université d'Anvers a mené une étude sur les collaborations au sein du programme CHW afin d'approfondir ce processus, dont les résultats figurent dans le rapport annuel 2023 (Apers, Mullié, Wouters, & Masquillier, 2024).

Ce qui suit explique les mesures prises en 2024 pour lancer de nouvelles collaborations, évaluer les collaborations existantes et les adapter si nécessaire, au niveau local, régional et national.

8.2.1 Collaborations au niveau local

Le contexte local des villes où le programme CHW est actif conduit à des collaborations avec des dynamiques uniques et des priorités différentes. L'étude 2023 a permis de déterminer comment ces collaborations naissent, ce qui les favorise, quels sont les obstacles éventuels et comment elles peuvent être optimisées (Apers et al., 2024). Les résultats ont montré que les partenaires apprécient grandement le programme CHW, car ils perçoivent clairement qu'il permet d'améliorer les soins et le suivi des personnes. Les collaborations sont donc un élément essentiel pour parvenir à des soins de santé accessibles et inclusifs.

Nouvelles collaborations

Les équipes locales de CHW continuent de générer activement de nouvelles collaborations et présentent régulièrement le programme CHW aux organisations locales, telles que les comités de quartier, les asbl à vocation sociale, les sections locales des institutions de santé et du social, etc. Ces efforts portent leurs fruits, de nombreuses équipes ayant noué de nouvelles collaborations en 2024.

En **Flandre**, l'équipe de Gand a par exemple établi des contacts avec des organisations telles que OCMW Integrale Gezinsbegeleiding et De Driesprong, un lieu de rencontre pour les personnes souffrant de vulnérabilités mentales. Pour le projet Dobre Doshli, il y a eu une collaboration avec l'AZ Jan Palfijn. Après un avortement qui a mal tourné, des contacts ont également été pris avec le centre d'avortement Luna, où des accords clairs ont été conclus sur le rôle des CHW. En 2023, une série de propositions a été organisée avec les guides de santé de la ville de Gand dans les maisons médicales (MM) de quartier, ce qui, en 2024, a conduit à des permanences fixes des CHW dans les maisons médicales de quartier intéressés. Cela a permis de renforcer les relations et de clarifier la valeur ajoutée des CHW, tant pour les patients que pour les prestataires de soins. Dans les maisons médicales de quartier sans permanences fixes, la collaboration reste ponctuelle mais toujours précieuse. L'importance de la collaboration entre les CHW et MM quartier est clairement illustrée par l'histoire de Y, une femme originaire d'un pays africain en situation de handicap cognitif léger et de graves problèmes de santé. À la MM, elle a demandé à plusieurs reprises de l'aide pour obtenir la nationalité belge, mais le personnel a considéré sa santé comme une priorité et ne lui a pas offert de soutien. Quand un CHW de Gand ayant le même bagage culturel que Y a engagé la conversation avec elle, il a compris que pour Y, l'obtention de la nationalité belge représentait plus qu'une question administrative. En effet, Y pourra alors revoir sa famille après des années d'absence. L'absence de sa famille est l'une des causes de son stress et de ses troubles mentaux, qui ont à leur tour amplifié ses symptômes physiques. Le CHW a clarifié la situation auprès du médecin et a plaidé pour une concertation multidisciplinaire (CMD), où les soignants et la famille travaillent ensemble.

La collaboration de toutes les parties concernées a permis d'améliorer la situation de Y en trois mois sur plusieurs fronts : elle a obtenu un logement, s'est affiliée à une mutualité et les démarches administratives ont été réglées. Grâce à l'engagement du CHW et aux efforts conjoints, la santé de Y s'est considérablement améliorée. Une collaboration avec une infirmière de rue a également été lancée à Gand, qui travaille depuis août 2024 avec des personnes en situation de vulnérabilité sociale qui ne peuvent pas trouver de soins. Des accords de collaboration ont été conclus, comme l'évaluation, pour chaque cas, de la répartition des tâches et de la manière dont les transferts s'effectuent avec l'accord du bénéficiaire.

À Anvers, de nouveaux partenariats ont été établis avec Huis van het Kind et De Revue, une asbl qui fournit une assistance et des soins de manière très accessible aux personnes ayant des problèmes de dépendance. La collaboration avec le nouveau partenaire Saamo a conduit à des permanences officielles sur trois sites, à savoir Borgerbaan, Dynamo et De Wijk. Des préparatifs sont également en cours à Anvers pour lancer une collaboration avec Praktijk aan de Stroom (PAS). Le cabinet est une initiative des zones de soins de première ligne d'Anvers qui démarrera début 2025 pour tenter d'apporter une solution durable à la pénurie aiguë de médecins généralistes et à la nécessité d'une approche multidisciplinaire en raison des besoins de soins de plus en plus complexes. Deux CHW anversoises expérimentés seraient présents à PAS pendant un total de 8 heures par semaine pour faire le lien entre le public cible des CHW et PAS, en leur apportant un soutien qu'ils pourraient assumer dans le cadre des différents rôles et tâches des CHW.

À Genk aussi, plusieurs nouvelles collaborations ont été mises en place. Une collaboration avec la zone de soins de première ligne permet d'apporter un soutien psychologique aux habitants des quartiers de Kolderbos et de Sledderlo. Chaque semaine, des permanences sont organisées, au cours desquelles les partenaires du quartier peuvent orienter les bénéficiaires vers un psychologue. Ce projet est actuellement en phase de test et pourrait être étendu en fonction de l'évaluation. Le responsable d'équipe de Genk a joué un rôle actif dans la mise en place de ce projet. En outre, les CHW de Genk ont noué une collaboration avec les assistants linguistiques de la ville, ce qui leur permet de réserver plus facilement des interprètes en ligne pour les consultations. Depuis octobre, l'équipe travaille également avec le cercle local des médecins généralistes, afin que les personnes qui n'ont pas de médecin traitant puissent être rapidement orientées vers le CPAS, qui les met en relation avec un médecin par le biais d'une liste de solidarité, ce qui leur permet d'obtenir des soins plus rapidement.

En **Wallonie et en communauté germanophone**, différentes nouvelles collaborations ont été mises en place. À Charleroi, une collaboration renouvelée avec l'Espace Citoyen Porte Ouest a été mise en place. Les habitants de Marchienne-au-Pont et des communes environnantes peuvent s'y rendre pour obtenir des informations sur la santé, des orientations et des conseils. La permanence des CHW complète d'autres services, comme l'accompagnement social, la médiation de dettes et le soutien en cas d'accident du travail, et répond à des questions telles que l'accès à l'AVIQ, l'aide aux personnes âgées, les soins de santé mentale et l'équipement médical. Il y a aussi la collaboration avec l'AMO le Signe, où les CHW viennent une fois par mois rencontrer les familles qui ont besoin d'accompagnement pour trouver des spécialistes tels que des médecins, des psychiatres et des psychologues. Les familles sont informées par les travailleurs sociaux et les canaux de communication locaux. Cette collaboration permet de répondre aux besoins de soins des familles qui, autrement, n'y auraient pas aisément accès. À Liège, Fleur Service Social asbl est un nouveau partenaire précieux vers lequel les CHW peuvent orienter les gens.

L'asbl offre de nombreux services sociaux pour aider les personnes en situation précaire à reconstruire leur vie, notamment des services de logement, des services de déménagement et un magasin de seconde main. Le logement ne faisant pas partie des attributions des CHW, cette collaboration présente une grande valeur ajoutée. Réso asbl est également devenue un partenaire important. Cette organisation se concentre sur l'intégration sociale et professionnelle des personnes et travaille principalement avec des personnes sous statut Fedasil. Ici, les CHW rencontrent des groupes de personnes en formation, expliquent leur fonctionnement et apportent leur soutien aux participants. Cela permet d'atteindre et d'informer un groupe plus large de personnes en situation de vulnérabilité. En outre, une collaboration a également été mise en place à Liège avec la commune de Saint-Nicolas. La commune met à disposition une salle dans ses bureaux, où les CHW tiennent chaque semaine une permanence en matinée. Il s'agit non seulement d'un lieu fixe pour recevoir les habitants du quartier, mais aussi d'un lieu où les collaborateurs de la commune sollicitent les CHW pour les aider à résoudre les problèmes de santé des citoyens. À Verviers, une collaboration a ensuite été lancée avec l'Espace Convergences Verviers, une organisation spécialisée dans l'aide et les soins des problèmes d'addiction. Cela est en correspondance avec la formation que les CHW ont suivi plus tôt en 2024 sur ce sujet. Lors d'une permanence mensuelle, les CHW accueillent les personnes rencontrant des problèmes d'assuétudes, les orientent vers un psychologue et leur offrent un soutien pour les problèmes de santé.

En 2024, 18 nouvelles collaborations ont été mises en place à Bruxelles avec différents partenaires des secteurs social et de la santé. Cela a permis de renforcer le réseau existant et d'élargir les moyens disponibles pour les bénéficiaires. Ces nouveaux partenaires comprennent notamment Vie Féminine, des maisons médicales de quartier tels que Wijkgezondheidscentrum Noordwijk - Quartier Nord, SAAMO et le Centre Social Santé Intégré - Goujonissimo. Ces collaborations prennent différentes formes, allant du suivi conjoint des bénéficiaires à l'organisation d'ateliers sur la santé et à la mise en place de permanences, impliquant à la fois les bénéficiaires et les professionnels. Cette dynamique a permis d'accroître l'impact des actions et de mieux adapter les interventions aux besoins spécifiques des groupes cibles. En outre, l'équipe de Bruxelles a renforcé ses liens avec des organisations engagées sur la « réduction des risques » et l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité et ayant des problèmes d'assuétudes, telles que Project Lama. Cette initiative propose non seulement des logements de transit, mais aussi une aide facile d'accès. Plusieurs bénéficiaires ont été orientés vers ces structures pour leur garantir un accompagnement approprié. Certains partenaires, comme le projet Lama, sont également impliqués dans des initiatives telles que Ribau-Care et SubLink, qui se concentrent sur le soutien aux groupes cibles vulnérables, notamment dans les transports en commun. La collaboration a été approfondie par la participation à des actions de soins nocturnes et à leur fonctionnement, ce qui a renforcé l'ancrage sur le terrain. Un autre exemple concret de cette collaboration est la formation « Pauvreté et Addiction », organisée en mai 2024 par un formateur du Projet Lama, dans le cadre du suivi Assuétudes. Cette formation a permis à l'équipe de Bruxelles d'approfondir ses connaissances et ses pratiques afin d'améliorer l'accompagnement aux personnes en situation de vulnérabilité. Toutes ces actions visent à mieux atteindre les groupes cibles les plus vulnérables, en renforçant la collaboration entre les différents acteurs du secteur et en développant des interventions qui correspondent à la réalité du terrain.

Évaluation et renforcement des collaborations existantes au niveau local

En 2024, les collaborations locales existantes ont été évaluées et, si nécessaire, renforcées. En **Flandre**, l'évaluation des collaborations est adaptée à chaque équipe. À Ostende, cela se passe lors des réunions d'équipe, où des signaux structurels apparaissent parfois. Si nécessaire, le responsable d'équipe contacte le partenaire concerné pour discuter, ajuster ou, le cas échéant, interrompre la collaboration. Par exemple, la nécessité d'une présence fixe du CHW au sein de l'équipe d'accueil de la Maison de l'enfant a été discutée, ce qui a conduit à l'introduction d'une permanence bimensuelle. La participation du CHW au comité de pilotage des infirmières de rue de Covias CŞO a été évaluée positivement et poursuivie, tandis que sa contribution au groupe de travail sur la gale a été réduite. La collaboration avec l'AZ Oostende est constructive : les freins, tels que la communication avec les patients et l'accueil par les bénévoles, ont été discutés et résolus. Cela a permis d'améliorer concrètement la collaboration et le service aux membres.

À Gand, il existe une évaluation annuelle de l'intervention des CHW dans le cadre de diverses collaborations. La collaboration avec les Gezondheidsgidsen (guides de santé) de la ville de Gand a ainsi été optimisée. L'évaluation annuelle, qui porte sur des chiffres tels que le nombre de bénéficiaires et de renvois, a permis d'améliorer l'alignement. Alors qu'auparavant des réunions avaient lieu toutes les six semaines, quatre fois par an se sont avérées suffisantes pour maintenir une bonne collaboration. La relation, qui était quelque peu tendue au début en raison d'un sentiment de concurrence, s'est aujourd'hui grandement améliorée. La collaboration entre les CHW de Gand et les maisons médicales de quartier a également été approfondie. Dans les maisons médicales où les CHW sont présents un jour par semaine, la collaboration est évaluée deux fois par an et adaptée si nécessaire.

À Genk, l'évaluation des collaborations se fait de manière informelle, par exemple par téléphone ou lors de réunions physiques. Lors d'une réunion entre le responsable d'équipe et les managers de quartier, la collaboration est également abordée. Une réunion annuelle avec le CPAS est également prévue pour évaluer la collaboration. On y discute notamment du suivi des dossiers communs et des projets de collaboration future. En 2024, les collaborations avec des centres de soins tels que le BuurtGezondheidsCentrum Althea, ainsi qu'avec les médecins généralistes et les dentistes de Genk, ont également été renforcées. Il y a un renvoi mutuel et les cas sont discutés régulièrement.

À **Bruxelles**, l'équipe examine chaque année la pertinence de toutes les collaborations. Au niveau des différentes zones, on examine si les actions entreprises parviennent à atteindre les différents profils au sein du groupe cible. Des évaluations quantitatives et qualitatives sont menées pour mesurer l'impact des collaborations avec les partenaires. Cela vaut pour les activités telles que les permanences, les actions de rue, les événements et autres initiatives. D'une part, on examine le nombre de personnes touchées par ces collaborations ; d'autre part, on analyse dans quelle mesure ces personnes ont effectivement une demande d'aide à laquelle les CHW peuvent répondre. Par exemple, une permanence dans un restaurant social peut s'avérer moins pertinente si la plupart des visiteurs y posent surtout des questions sur le logement, un domaine dans lequel les CHW peuvent offrir un soutien moins direct. Ces évaluations permettent d'affiner les approches et d'ajuster stratégiquement les collaborations. Ainsi, certaines permanences ont été supprimées, tandis que d'autres ont été modifiées. Dans certains cas, les permanents ont été remplacés par des ateliers, ou inversement. Les analyses ont également révélé des obstacles concernant l'accessibilité des services. Dans un cas, par exemple, il est apparu que le bureau des CHW dans un cabinet de médecin généraliste était situé à l'arrière de la zone d'accueil, ce qui limitait leur visibilité pour le groupe cible.

Ce problème a été résolu en déplaçant la permanence dans la salle d'attente du cabinet généraliste, ce qui a grandement facilité le contact avec le public.

Le feed-back des partenaires bruxellois sur les collaborations a été extrêmement positif lorsqu'ils ont été interrogés. À la Maison Médicale des Riches Claires, les CHW soutiennent les patients pour répondre aux questions sociales et sanitaires et participent entre autre aux campagnes de sensibilisation. Depuis juillet 2024, ils organisent des permanences mensuelles dans la salle d'attente afin d'échanger avec les patients sur leurs besoins et de recueillir leur avis sur les services, dans le but de mieux adapter les soins et l'accompagnement aux besoins des habitants du quartier. À l'asbl Het Anker, la présence des CHW est perçue comme très précieuse, notamment pour répondre aux questions de santé des visiteurs, qui jugent positivement leurs discussions avec les CHW, comme le montre une citation tirée de l'évaluation : *« Je trouve que votre aide est très importante pour nous. Beaucoup de nos visiteurs posent des questions concernant les soins et on se sent démunis, on n'arrive pas souvent à leur donner les bonnes réponses. Mais avec la présence de l'un de vos collaborateurs, ça change. J'ai eu des retours très positifs de nos visiteurs chaque fois qu'ils ont parlé à un CHW. »* À l'asbl Forum également, les CHW travaillent avec l'équipe depuis des années, fournissant des soins de santé individuels et contribuant à des ateliers et à des événements locaux. Les réactions y sont aussi très positives : *« Les CHW sont un véritable soutien sur les suivis individuels en santé, car nous avons un large public. Lorsque nous avons des besoins en matière de soins de santé, nous les relayons aux CHW, qui répondent toujours présent et sont constants dans les présences au coin de notre structure. »*

En **Wallonie**, la collaboration est évaluée au cours de l'année et lorsque certaines situations se présentent. À Liège, cela s'est traduit par la création d'une nouvelle permanence dans la commune de Saint-Nicolas. À Charleroi, l'évaluation des permanences à l'Espace Citoyen Porte Ouest a donné lieu à une adaptation des horaires d'ouverture. Cela a entraîné une augmentation significative du nombre de rendez-vous. La permanence attirait auparavant peu de visiteurs, mais comme elle coïncide désormais avec la présence d'une organisation de médiation de dettes, les bénéficiaires peuvent être orientés directement vers les CHW.

[Discussion régulière des chiffres, des signaux et des constatations avec les partenaires locaux](#)

Dans les différentes régions, outre l'évaluation, des chiffres, des signaux ou des expériences sont échangés avec les partenaires afin de renforcer les collaborations ou le service aux membres. En **Flandre**, les chiffres relatifs au fonctionnement des CHW sont présentés chaque année à la Concertation InterMutualiste (CIM). Cette année, les chiffres d'Ostende ont été présentés par le responsable d'équipe d'Ostende aux représentants des mutualités, souvent issus des équipes de direction du service social ou responsables du service social. En juillet, le responsable de l'équipe d'Ostende a été invité à informer l'équipe de direction Santé, bien-être et participation de la Mutualité chrétienne (MC) sur le travail des CHW à Ostende. Au cours de cette réunion, l'équipe de direction s'est montrée très intéressée par l'équipe et son fonctionnement quotidien. Un échange a également eu lieu entre le responsable d'équipe d'Ostende et le directeur Santé, bien-être et participation de la MC Limburg. Cela a impliqué une discussion plus approfondie sur la délimitation du rôle des travailleurs sociaux, qui présente de fortes similitudes avec le travail des CHW : en effet, dans ces fonctions, il y a souvent une recherche d'équilibre entre le suivi des bénéficiaires et la promotion de leur autonomie. À Gand, une concertation annuelle sur les chiffres a lieu avec les guides de santé de la ville de Gand.

Parmi eux figuraient le coordinateur régional et fédéral du programme CHW en 2024, des représentants du service de santé de la ville de Gand, le directeur de la Regie Gezondheid en Zorg de la ville de Gand et le manager régional de Solidaris. Cette concertation est l'occasion d'évaluer les progrès et les résultats de la collaboration et de l'adapter si nécessaire. À Genk, les chiffres ont été discutés lors de la concertation annuelle avec les managers de quartier et de la concertation avec le CPAS, où les collaborations locales avec les CHW ont également été évaluées. Lors des réunions avec les CHW, le signal d'une pénurie de médecins généralistes est apparu. On a cherché à savoir quelles personnes étaient impactées et il s'est avéré qu'une grande partie d'entre elles étaient déjà accompagnées par le CPAS. Cela a conduit à la création d'une liste de solidarité, ce qui signifie que ces personnes ont maintenant un accès plus rapide à un médecin généraliste.

À **Bruxelles**, les chiffres ont été évoqués lors de l'événement « Une matinée avec les CHW Bruxelles », auquel ont participé 15 partenaires. En outre, le processus de réévaluation des collaborations mentionné ci-dessus a permis de discuter des chiffres et des signaux avec les partenaires et de prendre des décisions communes. Il peut s'agir de signaux structurels, mais aussi d'indicateurs quantitatifs au sein des collaborations, tels que le nombre de bénéficiaires atteints au cours d'une permanence. Par exemple, si on constate que ce nombre est trop faible, diverses adaptations sont envisagées : ajustement de l'heure ou de la durée de la permanence, changement du lieu de permanence, etc. L'objectif est d'adapter la collaboration de cette manière afin qu'elle soit la plus optimale et la plus efficace possible.

En **Wallonie**, les signaux et les résultats ont été discutés lors des visites de travail avec les décideurs politiques (voir les collaborations aux niveaux régional et fédéral), ce qui a constitué une occasion précieuse de partager des idées avec eux. Céline Biottlot, qui travaille à l'asbl Comme Chez Nous - Le Rebond à Charleroi, un centre de jour pour l'accueil et l'accompagnement des sans-abri, partage son expérience :

« Quand j'ai entendu parler de la création de la fonction de CHW, j'ai émis des réserves quant à la faisabilité de ce projet. Mais dès notre première rencontre, j'ai ressenti une motivation très positive. Notre public au centre de jour nécessite une approche spécifique, et nous l'avons trouvée avec les CHW. Leur disponibilité, leur présence sur le lieu de rendez-vous et leur accompagnement chez le médecin, à l'hôpital ou en cas de problème d'affiliation à une mutualité, ont eu un impact énorme. Cette approche a aidé les sans-abris à progresser dans leur situation souvent complexe. »

Ce témoignage souligne comment le soutien pratique apporté par les CHW contribue à rendre les soins de santé accessibles et à améliorer la situation des groupes en situation de vulnérabilité. Cela montre l'importance de leur rôle pour surmonter les obstacles auxquels sont confrontées les personnes vivant dans des conditions précaires.

[Soutenir les partenaires qui souhaitent atteindre les groupes vulnérables dans le cadre d'une vaccination.](#)

L'élément déclencheur du lancement du projet CHW a été la pandémie de COVID 19. L'accent mis sur l'importance de la vaccination est donc toujours présent dans le fonctionnement des CHW, bien que moins marqué. Par exemple, certaines équipes de CHW indiquent qu'il n'y a plus de demandes de la part des partenaires pour fournir un soutien à la vaccination.

À Tirlemont, les CHW contribuent encore chaque année à la campagne de vaccination contre le COVID organisée en octobre par le partenaire BOM. Ils préparent une liste de participants intéressés, les contactent pour leur rappeler le rendez-vous et leur offrent un soutien sur place le jour J. À **Bruxelles**, la collaboration avec des organisations telles que FARES, le Fonds des Affections Respiratoires asbl, et Cover se poursuit également. Ces collaborations ont vu le jour au début du programme et visaient à diffuser des informations et à sensibiliser le public aux vaccins, à obtenir des certificats de vaccination et à organiser des activités conjointes de proximité pour atteindre les personnes sans domicile fixe. Bien que la pandémie soit terminée, ces collaborations se poursuivent et les personnes les plus vulnérables sont mieux suivies. Les CHW de Bruxelles soutiennent également les campagnes de vaccination contre la grippe et le COVID en rendant l'information accessible de manière proactive et en gardant le contact avec les partenaires de la collaboration pour diffuser cette information auprès du public cible.

8.2.2 Collaborations au niveau régional et fédéral

L'étude de 2023 a révélé que la structure de gouvernance du programme joue un rôle essentiel dans l'établissement et le renforcement des collaborations (Apers et al., 2024). La concertation au niveau fédéral ou régional avec d'autres organisations, projets et initiatives facilite la mise en œuvre au niveau local. En outre, ces collaborations supralocales assurent une diffusion plus large du message, de l'expertise et des connaissances du programme.

Une concertation a donc été organisée au niveau fédéral avec le projet de médiation interculturelle. Cette concertation a abouti, entre autres, à l'établissement et à la diffusion d'une liste de personnes de contact pour la médiation interculturelle, par région. La liste recense les hôpitaux et les centres de santé de quartier où travaillent des médiateurs interculturels, avec les coordonnées des personnes de contact concernées.

Collaborations au niveau régional

En **Flandre**, plusieurs moments de concertation ont eu lieu avec différents acteurs afin d'apprendre à mieux connaître le fonctionnement de chacun et d'explorer les possibilités de collaboration. Une réunion a notamment été organisée avec les représentants des coordinateurs de réseau ou des agents des différentes mutualités afin de discuter des possibilités d'échanges croisés entre les fonctionnements de chacun. En effet, leur mission est étroitement liée à celle des CHW, à savoir l'amélioration de l'accès aux soins de santé de première ligne pour les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale. Au cours de cette réunion, chaque mutualité a eu l'occasion d'expliquer son fonctionnement spécifique et des possibilités de collaboration ont été testées. En mai, une présentation du rapport d'activité CHW 2023 par le coordinateur flamand et le département de travail social du Collège intermutualiste flamand (VICO) a été donnée, afin d'harmoniser la manière dont les deux parties peuvent se soutenir mutuellement. La réunion a permis de rafraîchir les connaissances sur la mission et le fonctionnement du programme CHW, en expliquant la chronologie depuis sa création jusqu'à aujourd'hui. En outre, les chiffres 2023 ont été présentés pour donner un aperçu des résultats obtenus. L'objectif était de mettre de nouveau l'accent sur le fonctionnement des CHW et de clarifier leur rôle au sein des soins de première ligne. Le coordinateur flamand a fait la même présentation en décembre 2024 pour VICO Préventie. Le programme CHW étant un programme fédéral, la prévention ne fait pas strictement partie de sa mission principale. Il existe cependant une zone grise où les CHW peuvent jouer un rôle important.

Cela ressort d'exemples concrets tels que la collaboration avec des coachs en santé bucco-dentaire, des entretiens sur les compétences en matière de santé, comme les inconvénients du tabagisme, et le renvoi des personnes souffrant de problèmes de santé mentale vers des psychologues de première ligne. En outre, les CHW participent à des groupes de travail sur le cancer du col de l'utérus et du sein afin de répondre aux besoins des groupes en situation de vulnérabilité, par exemple en améliorant la lisibilité des brochures d'information. Durant cette concertation, il a été examiné si une collaboration avec les coordinateurs de réseau au sein des mutualités pouvait permettre de mieux faire connaître les initiatives de promotion de la santé, de sorte que les CHW puissent procéder à des renvois ciblés. Cela souligne la position unique des CHW dans le paysage des soins de santé, où ils forment un lien entre la prévention et les soins de première ligne, en veillant aux besoins spécifiques des groupes en situation de vulnérabilité. Une concertation a également été organisée avec Kom op tegen Kanker sur le projet « Sociaal tolken in de zorg » (Interprétation sociale dans les soins), le coordinateur flamand faisant partie du groupe de travail qui assure le suivi de ce projet.

En 2024, la collaboration entre le programme CHW et les différentes mutualités a également été développée à **Bruxelles**. Les CHW collaborent étroitement avec les conseillers santé des mutualités et organisent conjointement des ateliers visant à informer les groupes vulnérables sur des sujets tels que le système de soins, les mutualités et les problèmes de santé tels que le diabète. Par ailleurs, des initiatives visant à favoriser l'inclusion numérique sont en cours d'élaboration. Chaque mutualité a désigné une personne de contact spécifique pour soutenir les CHW dans les dossiers complexes. Les demandes sont filtrées par un coordinateur central, puis renvoyées au bon service ou à l'expert approprié. On travaille également en étroite collaboration avec les services sociaux des mutualités, qui aident les CHW à demander des reconnaissances de handicap, entre autres. La collaboration avec les coordinateurs sociaux et le partage d'initiatives locales, telles que des événements et des actions sur les droits en matière de santé, renforcent encore la synergie. En outre, certaines mutualités mettent des locaux à disposition pour les activités des CHW et les soutiennent dans la détection des personnes vulnérables, par exemple lors des campagnes de vaccination. Certaines mutualités ont pris des initiatives supplémentaires pour améliorer la collaboration avec les CHW. Par exemple, chez Helan, les CHW ont reçu un accès direct aux adresses e-mail professionnelles des travailleurs sociaux, ce qui leur permet de demander de l'aide plus rapidement sans avoir à passer d'abord par une permanence générale. Chez Partenamut, la collaboration a été approfondie par le partage des connaissances, par exemple par l'échange d'outils de formation et de compétences en matière de gestion de projet. Les CHW ont également participé à des sessions internes sur des sujets majeurs comme la maladie d'Alzheimer. La MC et Solidaris ont étendu leur collaboration à des projets sur le diabète et la prévention du cancer, et offrent davantage de soutien dans les dossiers individuels. Bien que la collaboration avec Symbio et la Mutualité Neutre soit moins fréquente, ils ont participé à des ateliers et à d'autres moments d'échange.

En outre, les CHW de Bruxelles ont participé activement en 2024 à divers réseaux et concertations afin de mieux intégrer leur travail dans les soins au sens large et de renforcer les collaborations. Ils étaient par exemple impliqués dans « VeranderAtelier/l'Atelier du Changement ». Cette plateforme rassemble des professionnels du secteur social et des soins de santé ainsi que les patients et les aidants proches afin d'informer, d'organiser et de développer des actions conjointes. En outre, les CHW bruxellois participent aux réunions avec Vivalis, découlant de l'ancien comité de pilotage du projet ALCOV (Agir localement contre le virus) du cabinet Maron.

Coordonné par Brusano, il permet d'échanger des initiatives locales et de renforcer la collaboration entre les différents acteurs bruxellois de la santé et du social, y compris les CHW. Il existe également une collaboration régionale à Bruxelles avec des médiateurs interculturels, Médecins du Monde et des organisations de soutien aux travailleurs du sexe. Il y a également eu une participation à la « Veille Sanitaire Sans Abrisme », une réunion d'organisations travaillant avec les personnes sans-abri. Des réunions entre projets sont également organisées pour élaborer des initiatives communes. C'est le cas de kio'SK Anderlecht, où un CHW a contribué à son développement et organise régulièrement des permanences en collaboration avec d'autres services du CPAS. Un autre exemple concret de collaboration régionale à Bruxelles est la participation d'un CHW aux réunions du service des urgences de l'hôpital universitaire Saint-Pierre, qui ont lieu tous les deux mois. Ces réunions ont été initiées par le comité 0.5, qui se réunit tous les mois. Au cours de ces réunions, différentes parties, telles que le CPAS, diverses associations et Brusano, travaillent ensemble sur des solutions pratiques pour faciliter l'accès aux services sociaux et de santé. Dans le contexte des services d'urgence, l'objectif est d'améliorer le trajet de soins avant et après l'aide urgente à la demande des prestataires des services d'urgence. Ces concertations ont conduit, par exemple, à la mise en place de médecins généralistes de garde dans les services d'urgence, qui effectuent les premières consultations, allégeant ainsi la charge de travail des services d'urgence.

En **Wallonie** et à **Bruxelles**, des contacts ont été pris avec le FARES, le Fonds des Affections Respiratoires asbl. L'objectif était de mieux comprendre le travail de chacun et d'explorer les possibilités de collaboration. Des réunions ont ensuite été organisées entre les CHW et le service FARES dans différentes régions et villes, ce qui a permis d'établir des contacts plus directs et de mieux comprendre le travail de chacun. Une réunion a également été organisée dans les deux régions avec l'organisation « Droits Quotidiens » afin de présenter les services des deux parties. Droits Quotidiens propose des informations gratuites sur son site web, qui peuvent intéresser à la fois les CHW et les bénéficiaires, avec des informations juridiques accessibles. Ils peuvent également proposer des formations sur mesure. Il n'y a pas encore de perspectives de collaboration concrètes, mais ce point fera l'objet d'un suivi plus approfondi.

Le coordinateur de la **Wallonie et de la Communauté germanophone** a eu un entretien exploratoire avec la LUSS (Ligue des Usagers des Services de Santé), organisations travaillant avec les instances représentatives des usagers des soins, le jeudi 19 décembre. Ce fut une occasion précieuse de mieux comprendre le travail de chacun et d'examiner les possibilités de collaborations concrètes au sein des différentes équipes wallonnes. Ces organisations fournissent notamment des informations utiles pour soutenir le travail des CHW et organisent des moments « Paroluss » où différentes organisations peuvent découvrir mutuellement leur travail. Les CHW et les responsables d'équipe peuvent ainsi présenter le travail des CHW à ces moments et faire connaissance avec d'autres organisations en rapport avec leur travail quotidien. Une journée a également été organisée le 16 septembre 2024 pour le CHW de Wallonie et les Agents de Prévention Wallonie (APW). La journée était sous le signe de l'évaluation des collaborations depuis la dernière réunion en 2023. Cette année, il a été décidé d'organiser 4 fois par an des réunions entre les CHW et les APW de Charleroi d'une part, et les CHW et les APW de Liège et Verviers d'autre part, dans le but de favoriser les collaborations par région. L'évaluation de ces réunions aura lieu l'année prochaine ; si des collaborations ont été établies, elles seront poursuivies, sinon elles resteront un moment d'échange d'informations sur l'évolution des projets.

En outre, l'équipe a collaboré avec le RWLP et a participé à ses activités, telles que la Journée mondiale de la pauvreté du 17 octobre et le débat politique du 25 avril. Les autres collaborations sont expliquées plus en détail dans les tableaux des responsables d'équipe.

À Charleroi, une réunion a eu lieu entre l'AVIQ (l'Agence pour une Vie de Qualité) et la coordination régionale, accompagnée par la responsable d'équipe. L'AVIQ avait pris contact avec le projet suite aux rencontres politiques et à leur souhait d'assister à la visite de travail proposée. Ils étaient très intéressés par une meilleure connaissance du fonctionnement des CHW et par une éventuelle collaboration. Les CHW orientent souvent les personnes vers l'AVIQ, et les représentants de l'AVIQ ont voulu examiner si c'était également possible dans l'autre sens, par exemple lorsqu'ils reçoivent une demande à laquelle ils ne peuvent pas répondre eux-mêmes. Un échange est actuellement en cours, qui permettra aux CHW de mieux comprendre les procédures de l'AVIQ afin de mieux soutenir leurs groupes cibles, par exemple en clarifiant les procédures et les canaux de communication de l'AVIQ. Pour ancrer cette collaboration au niveau local, des rencontres entre les équipes locales seront organisées. À Liège, une collaboration intensive avec l'assistante sociale de l'AVIQ Liège et les CHW a déjà été mise en place. L'assistante sociale soutient les personnes en difficulté, souvent en situation de handicap, et fait régulièrement appel aux CHW pour obtenir des conseils sur des questions liées à la santé. Comme elle n'a pas la possibilité d'accompagner elle-même ces personnes, la collaboration avec les CHW offre une solution pratique et accessible.

8.2.3 Collaborations dans le cadre de la recherche scientifique

Dans le cadre du programme CHW, des participations à des recherches scientifiques se font à différents niveaux. En 2024, le coordinateur fédéral et le coordinateur flamand ont contribué à une étude de la Hogeschool Gent, qui se concentre sur la « prolifération des pratiques de sensibilisation ». Cette étude est le fruit d'une collaboration entre l'INAMI et le Equality Research Collective de la Hogeschool Gent. Elle examine comment mettre en place des politiques de proximité de qualité au niveau local et/ou flamand afin de mieux soutenir les personnes en situation de vulnérabilité. L'objectif est de clarifier les différentes formes de sensibilisation et de développer des outils pour déployer ces formes de sensibilisation de manière qualitative.

Le coordinateur fédéral a également collaboré à la commission d'accompagnement PEER-B, un projet de recherche de la Hogeschool Gent et de l'INAMI. Ce projet, lancé en octobre 2024, se concentre sur l'élaboration d'un cadre politique pour l'utilisation structurelle des experts du vécu dans les soins de santé mentale. Les connaissances et l'expérience du programme CHW sont importantes pour ce projet. Le coordinateur fédéral a également déjà fait part de plusieurs projets et collaborations pertinents du programme CHW qui peuvent offrir des informations précieuses. Les chercheurs continueront à contacter les collègues des équipes CHW concernées pour en discuter plus avant.

Il y a également eu dès le début un échange mutuel avec le projet de recherche FWO SBO « Community Health Workers for Primary Healthcare Access (COMPASS) ». Ainsi, les besoins indiqués par les CHW et les coordinateurs ont été intégrés à la demande de projet. Depuis le début du projet, plusieurs coordinateurs et CHW ont également joué un rôle actif au sein du conseil consultatif social. De plus, certains CHW ont également contribué activement à la cocréation de l'intervention, des cas anonymisés ont été mis à disposition dans le cadre de la formation COMPASS et un moment de concertation informelle a également été organisé, au cours duquel les collègues de COMPASS ont pu tirer des leçons de la riche expérience des CHW.

Le responsable d'équipe de Gand représente le programme CHW dans l'initiative « Access Up » de l'Académie de première ligne. L'Académie se compose de quatre universités (VUB, UGent, KU Leuven et UA), de six hautes écoles et de plusieurs partenaires de terrain. Elle est financée par le Fonds Daniël De Coninck de la Fondation Roi Baudouin. Ce projet de recherche de quatre ans étudie la manière dont les acteurs formels et informels collaborent pour améliorer l'accès aux soins de première ligne des personnes en situation de vulnérabilité sociale, en recourant à la médiation et au plaidoyer, dans le cadre du concept de « welfare bricolage ». L'objectif du projet est d'identifier les pratiques efficaces qui améliorent l'accès des groupes mal desservis, tout en favorisant une approche plus sociale de la santé en encourageant la collaboration entre les soins de la ligne zéro (tels que les services de proximité) et les soins de première ligne (tels que les médecins généralistes). Une attention particulière est également accordée aux initiatives citoyennes, qui jouent un rôle important pour atteindre les groupes vulnérables. Pour que la recherche soit orientée vers la pratique, un groupe de consultation a été mis en place, auquel le programme CHW contribue largement. Le groupe de consultation s'est réuni pour la première fois en 2024 et se réunira environ trois fois en 2025 pour partager des idées et contribuer au développement des pratiques dans ce domaine. Les réunions sont dirigées par le professeur Koen Hermans et visent à rendre la recherche applicable à la première ligne.


Une autre étude, menée par la Fondation Roi Baudouin en collaboration avec la KU Leuven et l'UC Louvain, se concentre sur les problèmes de santé mentale chez les personnes sans-abri. Dans le cadre de cette étude, une table ronde a été organisée sur le sans-abrisme, la santé mentale et les addictions. Le responsable d'équipe de Tirlemont, qui, jusqu'à la fin du mois de septembre, était également le coordinateur flamand en matière d'assuétudes dans le cadre du programme CHW, a assisté à cette conférence et a contribué à la discussion sur les questions complexes qui touchent ces groupes en situation de vulnérabilité.

Les CHW de Bruxelles ont apporté une contribution précieuse à plusieurs projets de recherche menés par des étudiants en santé publique et en médecine visant à améliorer l'accès aux soins pour les personnes en situation de vulnérabilité. Parallèlement, un outil pédagogique a été développé en collaboration avec les CHW et l'asbl Cultures & Santé, un acteur majeur dans ce domaine à Bruxelles, dans le cadre d'un projet initié avant 2024, devenu visible l'année dernière. Cet outil, intitulé « Animer sur les mutualités : le fonctionnement des mutualités en Belgique », vise à expliquer de manière accessible le système des mutualités en Belgique. Il donne un aperçu clair du fonctionnement des mutualités et aide les personnes à renforcer leurs compétences en matière de recherche et d'utilisation d'informations pour mieux faire valoir leurs droits. De leur côté, les CHW de Gand ont participé à une étude de la HoGent sur les différentes formes de travail de proximité et à l'élaboration d'une typologie. Les résultats sont en cours de traitement.

8.3 Évaluer, renforcer et élargir le fonctionnement des CHW aux niveaux méso et macro

Le comité de pilotage fédéral et l'équipe de projet ont pris l'initiative, en 2024, d'organiser des visites de travail auprès des équipes locales de CHW, en invitant divers responsables politiques. Des députés fédéraux et régionaux de différents partis traitant de questions connexes ont participé aux visites. L'objectif de ces visites de travail était d'améliorer les connaissances des décideurs sur le programme CHW et de créer un large soutien pour son ancrage structurel.

En leur montrant des résultats concrets sur le terrain, la valeur ajoutée et la complémentarité des CHW dans le paysage actuel des soins ont été illustrées. Cela a permis non seulement de souligner l'efficacité du programme, mais aussi d'engager de nouveaux ambassadeurs au niveau politique.



Les Community Health Workers dans la pratique : à la rencontre des bâtisseurs de ponts

Les Community Health Workers sont des bâtisseurs de ponts en vue d'une meilleure santé pour tous. Ils accompagnent et soutiennent les personnes en situation de vulnérabilité sociale et les aident à accéder aux soins de santé de première ligne en Belgique. En plus de faire la différence pour de nombreuses personnes chaque jour, ils mettent également en lumière des problèmes structurels, de sorte que ceux-ci puissent être pris en charge. Bref, ils sont un maillon indispensable à l'accessibilité de notre système de soins de santé.

Depuis le lancement du programme en 2021, 50 Community Health Workers ont été déployés par les différentes mutualités dans plusieurs villes belges : d'Ostende à Eupen, de Schaerbeek à Charleroi.

A des moments et dans des lieux différents, nous vous invitons chaleureusement à venir rencontrer ces bâtisseurs de ponts, leur travail sur le terrain et la différence qu'ils font chaque jour.

Un aperçu de ces "portes ouvertes" se trouve en annexe. Elles se dérouleront en trois temps : un temps de présentation du programme - un temps sur le terrain avec les CHW (description dans le document en annexe - des légers changements peuvent encore être apportés) - un temps de questions/réponses. L'inscription à ces rencontres se fait via ce formulaire <https://forms.office.com/e/Ez9wenDBEb>.

En raison de l'échelle réduite de certaines activités, le nombre de places peut être limité.

Vous trouverez plus d'informations sur le projet des Community Health Workers sur notre site web.

Nous espérons vous rencontrer bientôt.
L'équipe CHW

Image 7: invitation à des visites de travail

Au cours des visites de terrain, qui ont duré environ deux heures, les équipes et le coordinateur ont présenté le programme CHW et le fonctionnement local. Ensuite, les invités ont pu découvrir comment le travail des CHW se déroule en pratique, par exemple en visitant un ou plusieurs partenaires de collaboration, en discutant avec des personnes aidées par les CHW ou en présentant un projet dans lequel les CHW jouent un rôle important. Au cours de l'échange, les équipes ont également eu l'occasion de partager des signaux et des résultats importants directement avec les représentants présents.



Image 8 et 9 : Visite du terrain à Anvers

Les visites de terrain du programme CHW ont été évaluées après l'événement et ont été jugées particulièrement utiles par les équipes. Elles ont contribué à la visibilité du programme et ont mis en évidence sa pertinence tant pour le public cible que pour les partenaires impliqués. Les représentants politiques présents ont souvent donné un feedback positif, ce qui a renforcé la reconnaissance et le soutien du programme. De plus, les visites de terrain ont fourni une occasion unique d'approfondir les collaborations, car elles ont été pour la plupart organisées avec des partenaires locaux pour illustrer le fonctionnement du programme. Le format des visites de travail, avec un contact direct entre les CHW, les responsables d'équipe et les visiteurs, a été bien accueilli. L'implication du groupe cible et la complémentarité des contributions des coordinateurs fédéraux, régionaux et des responsables d'équipe ont créé une dynamique forte. Les moments informels, tels que les petits déjeuners en commun, ont également été jugés précieux pour l'échange d'idées.

Dans la mesure du possible, les équipes ont coordonné les visites de terrain avec des activités existantes, ce qui a permis aux visites de se dérouler même si le nombre de participants était plus faible. Certains participants ont également partagé leurs expériences sur les médias sociaux, ce qui a encore accru la visibilité du programme.



Image 10 : Message LinkedIn de Sarah Schlitz, en visite de travail au CHW de Liège



Image 11 : publication Facebook de Latifa Gahouchi, en visite de travail au CHW de Charleroi

Toutefois, comme il s'agit d'une première édition, la mise en œuvre pratique a également mis en avant des points d'attention.

Les deux principaux points de travail qui ressortent de ce texte sont les suivants :

1. **Plus de temps de préparation et une meilleure coordination avec les partenaires** : Les équipes ont indiqué que le temps était souvent trop court pour trouver un bon équilibre entre les présentations, les activités avec les CHW et les réponses aux questions. Cela montre qu'il faut plus de temps pour tout préparer correctement et mieux travailler avec les partenaires.
2. **Meilleure communication avec les participants et les partenaires au préalable** : La communication préalable a parfois été insuffisante, ce qui a donné lieu à des ambiguïtés pour les participants. Il est important d'envoyer les invitations plus tôt et d'approcher les participants de manière plus personnelle afin de garantir une organisation plus fluide.

Malgré ces points de travail, l'impression générale est que les visites de terrain ont été une première étape réussie pour accroître la visibilité, la collaboration et l'impact du programme CHW. Grâce à des améliorations ciblées, cette approche pourra être utilisée encore plus efficacement à l'avenir.

Le bureau de Petra De Sutter a contacté le coordinateur régional flamand du programme CHW pour lui demander d'organiser une visite spécifique du projet. Cette visite de travail a eu lieu le 22 avril à Gand, où des collègues du projet « guides de santé » étaient également présents. La ministre De Sutter s'est montrée très positive et impressionnée par l'excellent travail réalisé par les CHW en termes d'accessibilité aux soins pour les personnes vivant dans des situations de vulnérabilité. Elle a pris le temps d'engager la conversation avec les CHW et avec certaines personnes du groupe cible présentes à l'initiative « Stedelijk Opvanginitiatief Asielzoekers » (SOI) où la réunion a eu lieu.

**Salah (63) zorgt ervoor dat
Gentenaars hun weg naar de zorg
vinden: “Mensen zijn soms bang om
naar de dokter te bellen”**



Salah Issa is aan de slag als 'community health worker' in Gent. © svwg



Vicepremier Petra De Sutter in gesprek met CHW Salah Issa © svwg

*Image 12 & 13 : impressions écran article de presse Petra De Sutter
en visite de travail aux CHW de Gand*

À Bruxelles, une matinée inspirante a été organisée avec une présentation du programme CHW au personnel du service aux membres de la MC. Après une présentation du programme et une séance de questions-réponses, les participants ont été répartis en petits groupes pour écouter les témoignages des CHW sur les obstacles structurels auxquels ils sont confrontés dans leur travail. Cette session était accompagnée d'une animation interactive à laquelle chacun pouvait participer activement. La matinée s'est terminée par un échange d'idées et de réflexions et un petit quiz pour tester les connaissances acquises.



Image 14 : Présentation programme CHW au personnel du service aux membres MC

Des contacts internationaux précieux ont été établis et renforcés. Plusieurs CHW, responsables d'équipe et coordinateurs ont participé à deux sessions en ligne de reciprocal learning, organisées par des chercheurs de l'Université d'Anvers. Ces sessions réunissent un groupe diversifié de CHW, coordinateurs et experts du monde entier afin d'échanger des connaissances et des pratiques innovantes dans le domaine de la santé communautaire et d'apprendre les uns des autres.

Lors des deux sessions, des responsables de programmes en Argentine, au Brésil, au Royaume-Uni, en Afrique du Sud et en Belgique ont présenté la manière dont ils abordent des défis spécifiques dans leurs programmes. La première session, en juillet, était axée sur la formation et les soft skills, tandis que la deuxième, en novembre, portait sur les rôles et compétences des CHW. Chaque session comprenait également une intervention d'un expert. Lors de la première session, une experte du Royaume-Uni a partagé sa riche expérience de l'éducation populaire dans la formation des CHW. Lors de la seconde session, des experts du National C3 Council des États-Unis ont présenté leurs réflexions sur le développement de rôles et de compétences standardisés pour les CHW aux États-Unis. La dernière partie de chaque session était consacrée à un échange dynamique d'idées et d'expériences entre les participants, favorisant un dialogue riche et inspirant. Ce dialogue se poursuivra à l'avenir.

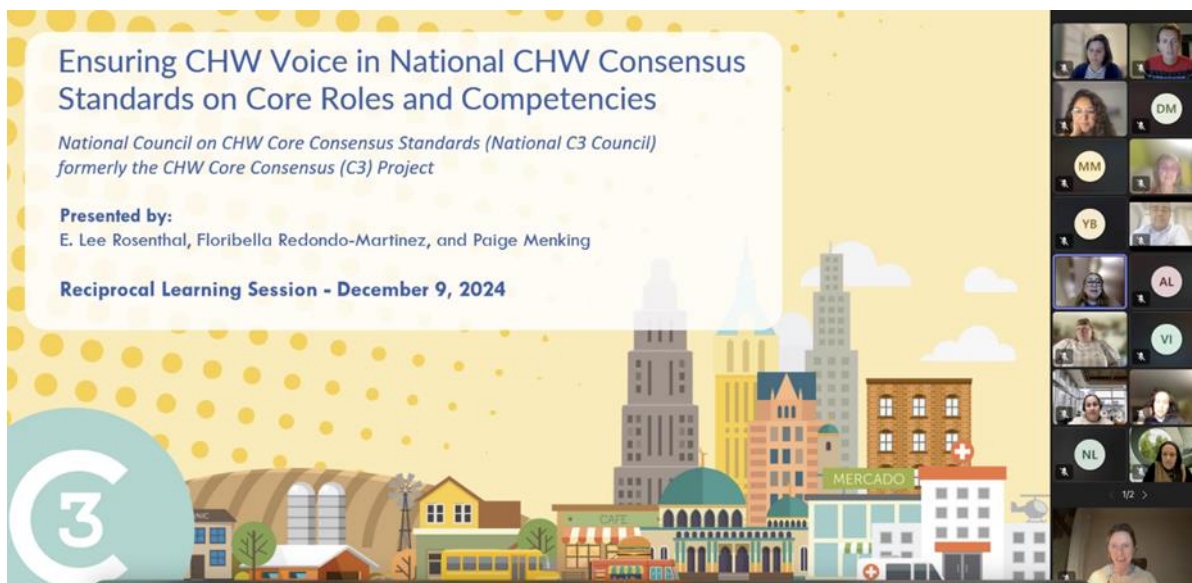


Image 15 : Participation CHWs à la session 'reciprocal learning' en décembre 2025

9 Quelques défis importants en 2025

Dans ce chapitre, diverses réalisations des CHW sont abordées. Le travail des CHW restera crucial l'année prochaine, et de nouveaux défis se présenteront.

9.1 Développement approfondi des mesures de prévention et des procédures pour les CHW

Les CHW jouent un rôle crucial dans les soins de première ligne, mais la complexité croissante des défis de santé rend leur travail de plus en plus exigeant. Ces conditions difficiles peuvent parfois aussi représenter un risque pour leur propre santé. Des mesures préventives sont déjà mises en place pour les protéger et les soutenir, mais des efforts supplémentaires et un développement plus approfondi sont nécessaires afin de rendre ces stratégies pleinement efficaces. Par exemple, la diffusion de maladies infectieuses constitue un risque croissant. En 2024, les CHW ont ainsi été de plus en plus souvent confrontés à des cas de punaises de lit et de gale. Bien que ces deux problèmes soient similaires en ce sens qu'ils provoquent une irritation de la peau due à la morsure, ils diffèrent dans leur traitement. La gale est causée par des acariens qui infestent la peau humaine, ce qui signifie que tout contact physique doit être évité en cas d'infection. Les punaises de lit infestent les matelas et les meubles et peuvent être transportées par les vêtements ou les bagages.

La lutte contre ces deux problèmes nécessite une approche intensive. Compte tenu de la fréquence croissante de ces problèmes et de leur contagiosité, il est urgent d'élaborer une procédure claire pour les CHW sur la manière de gérer ces situations. Ceci est essentiel dans le cadre de la prévention et de la sécurité pour garantir à la fois la santé des personnes impliquées et la sécurité des CHW. Un soutien a déjà été demandé au service médical de Cohezio sur la meilleure façon de traiter de tels cas.

9.2 Garantir le bien-être des CHW : renforcer l'offre de soutien psychosocial

Un deuxième défi concerne le bien-être des CHW eux-mêmes. Une enquête menée par Cohezio a révélé qu'en raison du travail intensif et difficile des CHW, nombre d'entre eux ressentent le besoin d'un soutien psychosocial. L'exposition constante aux vulnérabilités des groupes cibles, combinée à la charge émotionnelle de leur rôle, rend essentiel un soutien adéquat. Il est important de veiller à la santé mentale des CHW pour qu'ils puissent continuer à faire leur travail efficacement et ne pas s'épuiser.

Il est déjà possible aujourd'hui de faire appel à Cohezio en cas de besoin de soutien psychosocial et plusieurs CHW l'ont déjà sollicité. Cela reste cependant un point d'attention majeur. L'offre et la collaboration avec Cohezio doivent être évaluées et améliorées de manière continue.

9.3 Fonctionnement futur des CHW après 2025

Le plus grand défi pour 2025 est de convaincre les décideurs politiques de financer de manière structurelle le programme CHW. Les résultats de ces dernières années montrent à quel point le programme est devenu précieux et indispensable. Les CHW jouent un rôle crucial dans l'accès aux soins de santé, tant au niveau local que régional. Grâce aux efforts des CHW, des responsables d'équipe et des coordinateurs, des collaborations durables ont été mises en place dans plusieurs villes et régions, afin de mieux aider les personnes appartenant à des groupes en situation de vulnérabilité. Les CHW assurent non seulement l'accès aux soins, mais soutient également les personnes à organiser leur propre prise en charge et à s'intégrer pleinement dans la société. Les réactions positives des partenaires montrent que les CHW n'améliorent pas seulement le bien-être des individus, mais aussi le fonctionnement des autres partenaires de soins. Si le programme s'arrête faute de financement, ce sera un grand pas en arrière. Il est donc important d'ancrer structurellement le programme des CHW afin que les résultats obtenus puissent être maintenus et développés.

CHAPITRE 2

Recherche

Chaque année, le programme CHW comprend également un volet de recherche, mené par des chercheurs indépendants de l'Université d'Anvers. Pour cette quatrième année du programme, une étude a été menée sur les rôles et les tâches des CHW ainsi que sur leurs responsables d'équipe. Ce chapitre donne une analyse détaillée des résultats de cette recherche. Nous commencerons le chapitre par une mise en contexte du thème de la recherche dans la littérature scientifique existante, puis nous décrirons notre méthodologie de recherche et nous diviserons la section des résultats en deux parties. Nous concluons ce chapitre par une discussion, les limites de la recherche et quelques recommandations en matière de politique.

1 Contexte

1.1 Mise en contexte dans la littérature scientifique

Les Community Health Workers (CHW) jouent un rôle essentiel dans le domaine des soins de santé en jetant un pont entre les communautés et le système de santé officiel. Cette position permet aux CHW d'assumer un large éventail de rôles et de tâches visant à améliorer les résultats en matière de santé et à réduire les inégalités dans les communautés mal desservies (Glenton, Javadi, & Perry, 2021). Plusieurs facteurs influencent la concrétisation de ces rôles. Ainsi, la perception du rôle des CHW a évolué sur le plan historique au fil des changements apportés dans le paysage de la santé, et la concrétisation de leurs tâches varie en fonction des contextes spécifiques dans lesquels les CHW interviennent. Dans ce qui suit, nous explorons, à partir de la littérature scientifique, la manière dont le rôle des CHW est perçu et pourquoi il est important de définir clairement ce rôle.

1.1.1 Rôle global ou sélectif des CHW

Tout d'abord, examinons les changements historiques dans l'approche du rôle des CHW. En effet, les changements intervenus dans la manière de percevoir la position des CHW impliquent différentes concrétisations de leur rôle (Malcarney, Pittman, Quigley, Horton, & Seiler, 2017).

Niang (2020) décrit l'évolution du rôle des CHW dans les soins de santé de première ligne par un changement entre deux approches : les soins de santé primaires globaux (*comprehensive*) et les soins de santé primaires sélectifs (*selective*). La déclaration d'Alma-Ata de 1978 a introduit des soins primaires globaux, dans le cadre desquels les CHW étaient considérés comme des acteurs clés dans la réalisation de la « santé pour tous » (Glenton et al., 2021). Leur fonction s'étendait au-delà de la simple prestation de services de santé : ils s'attachaient également à provoquer des changements sociaux, à renforcer les communautés et à améliorer l'accès aux soins de santé. Dans cette approche, les CHW étaient considérés comme les représentants des communautés qu'ils desservent, en mettant fortement l'accent sur l'autonomisation et le travail orienté vers la communauté (Niang, 2020). Toutefois, des obstacles économiques, politiques et idéologiques ont compromis la viabilité de cette approche. La mise en œuvre de cette approche globale s'est avérée difficilement réalisable sur le plan financier, en particulier dans les pays à faible et moyen revenu. En conséquence, cela a restreint l'accent porté au rôle des CHW, plutôt axé sur la lutte ou la prévention de maladies spécifiques comme le VIH, par exemple. Les organisations internationales telles que l'OMS et l'UNICEF ont renforcé ce changement de rôle en promouvant des interventions de santé ciblées, rentables et rapidement applicables. Dans les années 1980, l'accent a été mis non plus sur le développement des communautés au sens large, mais sur des programmes ciblés, ce qui a conféré aux CHW un rôle central en tant qu'acteurs actifs dans la résolution de problèmes de santé spécifiques (Glenton et al., 2021).

C'est ce que Niang (2020) appelle « l'approche des soins primaires sélectifs », où le rôle des CHW s'est de plus en plus axé sur les tâches au sein du système de santé.

En raison de l'évolution des défis en matière de soins de santé, les années 2000 ont été marquées par un regain d'attention pour les CHW et leur rôle dans les initiatives de « *santé mondiale* » (Glenton et al., 2021). Ces initiatives visent à améliorer la santé et le bien-être des personnes dans le monde entier, en mettant spécialement l'accent sur les groupes de population vulnérables et les pays disposant de ressources limitées. En raison des besoins de santé spécifiques de ces groupes de population, l'accent mis sur le travail des CHW s'est encore étendu, ces derniers offrant une gamme plus large de services et jouant un rôle crucial dans ces initiatives en raison de leur capacité à fournir des soins de santé dans des environnements disposant de ressources limitées et de leur lien étroit avec les communautés vulnérables (Glenton et al., 2021). Des études ayant montré que les CHW contribuaient à de meilleurs résultats en matière de santé en réduisant les inégalités à cet égard et en facilitant l'accès aux soins de santé (Glenton et al., 2021; Vandenbroeck & Braes, 2020), plusieurs programmes CHW ont été mis en place dans le monde entier.

Au cours des dernières décennies, les CHW ont été de plus en plus considérés comme des travailleurs essentiels au sein des hôpitaux et des systèmes de santé nationaux, dans lesquels ils contribuent à une multitude de services différents (Glenton et al., 2021). Les CHW sont de plus en plus reconnus pour leur rôle crucial dans la réalisation de l'équité en matière de santé et l'amélioration des résultats en matière de santé au sein des communautés. Par conséquent, de nombreux pays développent des cadres politiques qui reconnaissent officiellement le rôle des CHW et les intègrent au personnel soignant. Cette intégration favorise une prestation de services plus efficace et une meilleure communication, et encourage également la collaboration entre les CHW et les autres professionnels de la santé, ce qui est essentiel pour la continuité des soins. Grâce à cette professionnalisation, l'accent porte également sur le renforcement des capacités, l'éducation et la formation officielles des CHW en tant que professionnels de santé à part entière (Glenton et al., 2021; Niang, 2020).

Le rôle des CHW est dès lors en constante mutation et évolue en fonction des changements qui se produisent dans le paysage des soins et de l'évolution des défis sanitaires, tant au niveau local que mondial (Glenton et al., 2021).

1.1.2 La diversité des rôles d'un CHW

Le contexte dans lequel les CHW travaillent influe sur le rôle qu'ils assument. Par conséquent, étant donné que les besoins en matière de santé sont différents dans le monde entier, qu'il existe différents paysages et modèles de soins de santé et que les systèmes de santé fonctionnent de différentes manières, les études internationales décrivent une grande diversité de rôles assumés par les CHW dans le monde entier (Hartzler, Tuzzio, Hsu, & Wagner, 2018; Mhlongo, Lutge, & Adepeju, 2020; Schaaf, Warthin, Freedman, & Topp, 2020). Il existe différentes catégories de rôles pour les CHW, certaines étant déjà plus complètes que d'autres (Schaaf et al., 2020; Scott et al., 2018; World Health Organization, 2020). Pour donner une idée de ces différents rôles, nous décrivons les catégories les plus courantes et les rôles qui en font partie :

- **Services de santé** : les CHW fournissent des services de santé essentiels à la fois au secteur de la santé et aux communautés qu'ils desservent. Cela comprend la fourniture de soins préventifs et curatifs, ainsi que l'éducation à la santé, la promotion de la santé et l'aide à l'accès aux soins de santé (Hartzler et al., 2018; Mhlongo et al., 2020; Schaaf et al., 2020).

Cela peut inclure de nombreux (sous-)rôles et tâches différents : par exemple, les CHW contribuent à élargir la portée des services de santé en organisant des séances d'information à l'intention des communautés en situation de vulnérabilité. Ils aident également les patients issus de ces communautés à organiser leur trajet de soins, à fixer des objectifs de santé appropriés et à s'assurer que ces personnes accèdent aux bons services (Hartzler et al., 2018). Pour atteindre ces personnes, les CHW adoptent souvent une approche « accessible au plus grand nombre » et organisent des activités de proximité afin d'instaurer un climat de confiance et d'encourager les gens à se faire soigner. (Capotescu et al., 2022).

- **Médiation culturelle** : les CHW interviennent en tant que médiateurs culturels, communiquant les besoins d'une communauté en matière de soins de santé et plaidant pour des soins culturellement appropriés (Hartzler et al., 2018; Schaaf et al., 2020). Lorsque les CHW partagent en particulier les mêmes origines que les communautés qu'ils desservent (par exemple, la même langue, le même milieu ethnique ou socio-économique), ils peuvent faciliter la communication et combler les différences culturelles ou sociales (Capotescu et al., 2022). Ce rôle est essentiel pour veiller à mettre les services de santé en adéquation avec le contexte de la population qu'ils desservent, renforçant ainsi la confiance dans le système de santé (Capotescu et al., 2022; Hartzler et al., 2018).

- **Défense des intérêts communautaires et sociaux** : les CHW sont également considérés comme des défenseurs du changement social (Capotescu et al., 2022; Hartzler et al., 2018; Schaaf et al., 2020). Ils s'attaquent à des déterminants sociaux plus larges de la santé, tels que la pauvreté et l'inégalité, et promeuvent l'équité en matière de santé au sein des communautés (Hartzler et al., 2018). Ce faisant, ils agissent dans les deux sens : d'une part, les CHW identifient les obstacles auxquels les personnes en situation de vulnérabilité sociale sont confrontées dans leur trajet de soins de santé et s'efforcent de les éliminer. Ils créent de ce fait une approche plus holistique des soins de santé, en tenant compte du contexte plus large du patient et en veillant à ce que la voix des communautés soit entendue (Capotescu et al., 2022). D'autre part, ils mobilisent et autonomisent les communautés, en leur enseignant des compétences en matière de santé, en créant un réseau et en les encourageant à l'autogestion (Capotescu et al., 2022). Les CHW jouent par conséquent un rôle essentiel en promouvant l'engagement communautaire et en influençant les priorités des services de santé (Schaaf et al., 2020).

- **Recherche et évaluation** : bien que la littérature souligne en majeure partie que les précédents rôles constituent les principales responsabilités des CHW, elle met également en évidence leur rôle essentiel dans la recherche et l'évaluation (Capotescu et al., 2022; Glenton et al., 2021; Mhlongo et al., 2020). De par la confiance qu'ils inspirent aux communautés qu'ils soutiennent, les CHW sont indispensables à la collecte de données (Glenton et al., 2021; Hartzler et al., 2018; Mhlongo et al., 2020). Leur implication veille à ce que la recherche soit en adéquation avec la réalité de la communauté et permet d'obtenir des taux de réponse plus élevés (Capotescu et al., 2022; Glenton et al., 2021). Les CHW peuvent également faciliter les conversations et les discussions de groupe en raison de leur position, en jetant un pont entre les chercheurs et les communautés (Capotescu et al., 2022; Schaaf et al., 2020). Les CHW peuvent également jouer un rôle précieux dans la mise en œuvre des interventions et des programmes de santé, ainsi que dans l'évaluation de leur efficacité (Hartzler et al., 2018; Mhlongo et al., 2020). De cette manière, les CHW contribuent non seulement à des résultats de recherche plus fiables, mais aussi à une plus grande pertinence, une mise en œuvre plus harmonieuse et une efficacité accrue des interventions (de soins de santé) (Capotescu et al., 2022; Glenton et al., 2021).

Cependant, il est essentiel que les CHW soient informés des aspects éthiques de la recherche et y soient formés, tels que le consentement éclairé et la représentation des communautés, afin que la recherche puisse être menée de manière responsable et éthique (Schaaf et al., 2020).

Les rôles susmentionnés sont communs aux programmes CHW dans le monde entier, mais leur concrétisation est fortement influencée par le contexte local. La définition de ce(s) rôle(s) s'avère être une tâche complexe, chaque pays ayant développé son propre modèle en fonction des besoins et des systèmes de santé locaux (Niang, 2020). En fonction des circonstances spécifiques, certains rôles sont plus ou moins mis en avant et la description de rôle diffère.

1.1.3 Le rôle du responsable d'équipe

Les responsables d'équipe jouent un rôle essentiel dans la réussite des programmes CHW (Crigler, Gergen, & Perry, 2013; LeBan, Kok, & Perry, 2021). Leurs tâches vont au-delà de la simple supervision de leurs équipes ; ils constituent un maillon essentiel entre les CHW et le système de santé plus large (LeBan et al., 2021). Les responsables d'équipe contribuent finalement à l'efficacité et à la durabilité du programme, tant dans leur propre travail que dans leur accompagnement des CHW (Crigler, Gergen, et al., 2013). La littérature scientifique décrit plusieurs rôles possibles pour le responsable d'équipe, dont l'exécution ou la concrétisation diffère selon le contexte dans lequel le programme CHW opère.

L'une des principales tâches des responsables d'équipe est la fourniture d'un accompagnement aux CHW (Crigler, Gergen, et al., 2013; Glenton et al., 2021; LeBan et al., 2021). Ils sont responsables de la surveillance et de l'accompagnement, en veillant à ce que les CHW reçoivent les ressources et l'assistance nécessaires pour s'acquitter efficacement de leurs tâches. Coordonner et superviser, fournir un feedback et relever les défis sur le terrain font partie de leurs tâches quotidiennes (LeBan et al., 2021). Dans le même temps, ils informent les CHW des nouvelles directives, des programmes de santé et des besoins de la communauté (Crigler, Gergen, et al., 2013). Ils offrent également leur soutien lors de la résolution de problèmes afin d'aider les CHW à faire face aux circonstances souvent exigeantes de leur travail (LeBan et al., 2021). Il s'agit à la fois d'un soutien pratique et d'un soutien psychosocial (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021). L'accompagnement pratique s'axe sur la formation, le renforcement des capacités et la fourniture d'instructions claires sur les tâches et les responsabilités (LeBan et al., 2021). Un feedback et un coaching réguliers aident les CHW à améliorer leurs compétences et à renforcer leur confiance en eux. Le soutien psychosocial est au moins aussi important (Crigler, Gergen, et al., 2013). Après tout, les CHW travaillent souvent dans des conditions difficiles et sont proches des communautés qu'ils desservent. Les responsables d'équipe jouent dès lors un rôle clé en motivant les CHW, en répondant à leurs préoccupations ou à leurs frustrations et en favorisant un sentiment d'appréciation et d'appartenance.

Outre le soutien qu'ils apportent à leur équipe, les responsables d'équipe sont souvent chargés de veiller à la qualité des soins dans le cadre du programme (Crigler, Gergen, et al., 2013; Glenton et al., 2021; LeBan et al., 2021). Ils coordonnent les activités, assurent une répartition efficace des tâches et contrôlent le respect des protocoles et des directives. En outre, ils jouent un rôle clé dans l'établissement de relations au sein de la communauté et dans le paysage des soins en soutenant le travail des CHW et en renforçant la confiance dans leur rôle (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021). Les responsables d'équipe font office de point de contact pour les autres professionnels de la santé et les décideurs politiques, consolidant ainsi le lien entre le programme CHW et le système de santé officiel.

Un autre rôle important des responsables d'équipe est de suivre l'avancement du programme et de rendre compte à cet égard (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021). En collectant et en analysant les données, les responsables d'équipe peuvent identifier les freins et apporter des améliorations. De cette manière, ils suivent et évaluent non seulement les prestations des CHW, mais également l'efficacité des programmes de santé ou des méthodes mises en œuvre par les CHW (Crigler, Gergen, et al., 2013). Pour ce faire, ils peuvent utiliser des outils de supervision et des grilles d'évaluation qui leur permettent d'identifier les points sujets à amélioration et d'assurer la qualité des services. Ce suivi permet d'optimiser le programme et de l'intégrer dans la politique de santé plus large. Enfin, les responsables d'équipe gèrent également les ressources et coordonnent la logistique pour s'assurer que les CHW disposent de tout ce dont ils ont besoin pour bien faire leur travail (Crigler, Gergen, et al., 2013).

Les responsables d'équipe ne renforcent donc pas seulement l'efficacité des CHW, mais contribuent également à l'intégration de ces programmes dans le système de santé, ce qui permet en fin de compte d'améliorer les soins et les résultats en matière de santé dans les communautés qu'ils desservent.

1.1.4 Importance d'une bonne description de rôle

Une description claire des rôles est nécessaire pour tous les acteurs d'un programme CWH. Pour que les CHW puissent remplir efficacement leurs missions, celles-ci doivent être acceptées tant par les CHW proprement dits que par le public cible, leurs collaborateurs et leurs responsables (Glenton et al., 2021). Une description de rôle claire est également essentielle pour que les responsables d'équipe puissent s'acquitter efficacement de leurs tâches. Cela permet non seulement de gérer les attentes, mais aussi de promouvoir leur propre efficacité et leur collaboration avec les CHW.

En effet, les CHW sont confrontés à différents défis lorsqu'ils assument leurs divers rôles (Mhlongo et al., 2020; Niang, 2020). Par exemple, leur position de relais entre la communauté et le système de santé entraîne souvent une forme d'ambiguïté de rôle (Schaaf et al., 2020). D'une part, il y a la communauté avec ses attentes et besoins divers et, d'autre part, il y a le système de santé qui peut avoir des priorités différentes ou fixer certaines règles. Cette position ambiguë des CHW peut parfois déboucher sur des situations délicates sur le plan éthique, pratique et politique (Niang, 2020), et peut créer un manque de clarté quant à leurs tâches et responsabilités, ce qui peut affecter l'efficacité de leur travail (Schaaf et al., 2020). En outre, elle peut entraîner une reconnaissance et un soutien insuffisants, compliquant l'exécution des rôles et tâches des CHW (Capotescu et al., 2022). Pour faire face à ces situations, il est par conséquent nécessaire de bien comprendre la position des CHW tant au sein du système de santé que de la communauté (Mhlongo et al., 2020; Niang, 2020). Une description de rôle claire et bien définie est essentielle pour s'assurer que le rôle des CHW est reconnu, fiable et valorisé par toutes les parties prenantes (Colvin, Hodgins, & Perry, 2021; Perry et al., 2021). En outre, cela favorise l'intégration et l'ancrage des CHW dans le système de santé. Lorsque leur rôle est bien défini et que les prestataires de soins reconnaissent la valeur de leur travail, ils sont plus enclins à les soutenir (Glenton et al., 2021). Une meilleure clarté des rôles permet également d'établir des accords solides avec les organisations partenaires, ce qui facilite une coopération efficace (Colvin et al., 2021; Kok, Kane, et al., 2015; LeBan et al., 2021). Une description précises des rôles des CHW est essentielle non seulement pour leur intégration dans la communauté et leur adéquation avec les soins de santé, mais aussi pour une délimitation claire de leur travail (Hodgins et al., 2021; LeBan et al., 2021). Elle leur permet de communiquer clairement à leur groupe cible les domaines dans lesquels ils peuvent ou ne peuvent pas apporter un soutien, ce qui contribue à instaurer des attentes réalistes (Crigler, Hill, & Furth, 2013).

Enfin, une définition claire des rôles facilite l'enregistrement des activités quotidiennes et d'affiner les formations (Glenton et al., 2021).

Une définition claire et bien formulée des rôles est également essentiel pour que les responsables d'équipe puissent façonner leur accompagnement de manière efficace et ciblée (LeBan et al., 2021). Des rôles et responsabilités clairement définis améliorent les performances des responsables d'équipe en leur permettant d'accomplir leurs tâches de manière plus ciblée et de mieux soutenir les CHW (Crigler, Gergen, et al., 2013). En outre, des descriptions de rôle précises favorisent la prise de responsabilité de chacun dans leurs fonctions et missions. Elles améliorent également une meilleure communication au sein de l'équipe, car chaque acteur connaît l'étendue de son rôle, réduisant ainsi le risque de confusion et de conflits potentiels. Par ailleurs, une description de rôle claire garantit une utilisation plus efficace des ressources, une formation ciblée, alignée sur les rôles des CHW et des responsables d'équipe et enfin permet de mieux atteindre les objectifs plus larges du programme CHW (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021).

Le manque de clarté en matière de rôle peut entraîner des problèmes importants. Non seulement il sape la crédibilité des CHW, mais il est aussi souvent cité comme l'une des principales causes des résultats sous-optimaux du programme et de la démotivation des différents acteurs (Colvin et al., 2021; Crigler, Gergen, et al., 2013; Kok, Dieleman, et al., 2015; LeBan et al., 2021). Le manque de clarté du rôle d'un responsable d'équipe peut entraîner des tensions, une inefficacité et une absence de confiance, ce qui peut en fin de compte compromettre les résultats du programme (Crigler, Gergen, et al., 2013). Des rôles mal définis et des attentes peu claires ont par ailleurs une incidence négative sur l'efficacité et la durabilité des programmes CHW (Crigler, Hill, et al., 2013). Il est dès lors impératif que les concepteurs des programmes et les décideurs politiques prennent soigneusement en compte les facteurs clés au moment de définir les rôles et les tâches des CHW dans un contexte spécifique (Glenton et al., 2021). Ce faisant, il est important de s'assurer que le groupe cible et le CHW jugent les rôles et les tâches proposés appropriés. Il convient en outre de tenir compte des implications pratiques et organisationnelles de chaque tâche, telles que la formation requise, le soutien des systèmes de soins de santé, le lieu de travail, la charge de travail et les coûts du programme dans leur environnement spécifique.

1.2 Mise en contexte des rôles et des tâches dans le programme CHW fédéral

Les rôles et les tâches des CHW, des responsables d'équipe et des coordinateurs ont été élaborés et affinés au cours du programme CHW fédéral. Le rapport annuel de la première année de fonctionnement, 2021, a montré que les CHW ne savaient pas clairement ce que leur rôle impliquait exactement (Masquillier, Cosaert, & Wouters, 2022). Par exemple, les avis divergeaient sur la mesure dans laquelle il fallait rediriger des personnes ou les accompagner. Des visions différentes existaient également sur la délimitation de fond du travail, par exemple sur la question de savoir si le traitement des questions d'aides sociales font partie des tâches ou non. La recherche qualitative de cette première année a montré qu'il était nécessaire de disposer d'un cadre concret indiquant clairement aux CHW les problèmes pour lesquels ils peuvent offrir un soutien et jusqu'où ils peuvent aller.

Pour cette raison, on s'est fortement axé lors de la deuxième année du projet sur la clarification des rôles du CHW et du superviseur-coach (Masquillier & Wouters, 2023). Pour se concentrer sur ces rôles, un groupe de travail composé de CHW, de coaches, de coordinateurs et d'un chercheur a été mis en place. Le point de départ est le travail réalisé dans le cadre du projet « The Community Health Worker Core Consensus (C3) » aux États-Unis (Rosenthal, Menking, & St. John, 2018).

Le projet C3 s'est déroulé de 2014 à 2018 et visait à accroître la visibilité et la compréhension de la profession de CHW et à créer davantage de cohésion entre les CHW et les autres parties prenantes (Rosenthal et al., 2018). Les CHW ont été impliqués à chaque étape du processus, contribuant à déterminer l'orientation et les résultats du projet. Pour clarifier les rôles des CHW, le projet a mis à jour les rôles des CHW américains, tels qu'ils avaient été définis 20 ans plus tôt dans le cadre de la « *National Community Health Advisor Study* », en s'appuyant sur les directives actuelles. Par rôles, le projet C3 fait référence aux « *fonctions que les CHW remplissent au sein des communautés et du système de soins de santé* ». Après un feedback de la part de divers réseaux de CHW, une liste de 10 rôles a été établie (Rosenthal et al., 2018). Le rapport C3 souligne que la concrétisation spécifique de ces rôles et tâches pour les CHW variera en fonction des besoins des communautés et des individus qu'ils soutiennent, ainsi que de l'organisation au sein de laquelle ils travaillent. Le groupe de travail du programme CHW belge a adapté ces dix rôles au contexte local belge. Il en est résulté 8 rôles principaux pour les CHW belges, dont la description se trouve sur le site web www.chw-intermut.be, et dans le rapport annuel 2022 (Masquillier & Wouters, 2023). Outre la formulation des rôles des CHW, cette année de travail s'est également concentrée sur la formulation des rôles du superviseur-coach. Le point de départ ici était une réflexion basée sur les rôles des CHW, combinée à l'expérience pratique. Sur cette base, une première description de rôle du superviseur-coach a été élaborée.

Toutes les équipes ont indiqué que la description de rôle, formulée dans le rapport de la deuxième année, était très utile pour délimiter le travail des CHW. Cependant, lors du fonctionnement quotidien et de l'enregistrement des activités, il s'est avéré que ces descriptions de rôle étaient encore parfois trop vagues ou sujettes à interprétation. Les résultats de la recherche menée au cours de la troisième année du projet, qui a permis d'évaluer la manière dont les collaborations entre les CHW et les prestataires de soins de première ligne et d'aide sociale sont menées, ont également montré la nécessité d'une description plus concrète du rôle et des tâches (Apers, Mullié, Wouters, & Masquillier, 2024). Les partenaires ont indiqué lors de la recherche qu'il leur était souvent difficile de savoir quelles tâches un CHW pouvait ou ne pouvait pas accomplir. Cela a affecté leur collaboration ou leur volonté de collaborer, par exemple parce qu'ils ne pouvaient pas évaluer le professionnalisme d'une collaboration. Ce manque de clarté a également été perçu par les CHW : ils ont parfois eu l'impression que les partenaires les consultaient pour une concrétisation limitée ou erronée de leur rôle, par exemple pour la traduction.

Pour cette raison, au cours des années suivantes du projet, des travaux ont été menés dans le cadre du programme CHW afin d'élaborer une description détaillée des tâches des CHW qui relèvent ou non de chaque rôle spécifique. L'objectif était de créer une description de tâches concrète et applicable dans la pratique, qui soit claire et compréhensible pour tous les CHW. Au cours de la première phase, une liste des tâches que les CHW effectuent sur le terrain et des rôles qu'ils assument a été établie pour chaque région par les responsables d'équipe et les coordinateurs régionaux. À une étape suivante, le coordinateur fédéral a fusionné les différentes contributions régionales en un seul document évolutif, qui a ensuite été revu étape par étape avec l'équipe de projet afin de parvenir à une formulation unifiée applicable à toutes les régions. Comme il est essentiel d'harmoniser la description de rôle avec les CHW, ce document a également été contrôlé avec les CHW proprement dits. Cela a été fait en toute indépendance par des chercheurs de l'Université d'Anvers. Leurs résultats se trouvent dans le présent chapitre. Sur la base de ces résultats, la direction du programme continuera à développer et à définir la description de rôle et de tâches définitive.

1.3 Questions de recherche

La recherche 2024 s'est concentrée sur l'affinement de la description des rôles des CHW et sur la collecte du premier feed-back des responsables d'équipe sur leur description de rôle, tel que décrit dans le rapport annuel 2022 (Masquillier & Wouters, 2023).

En ce qui concerne la description de rôle des CHW, les questions de recherche étaient les suivantes :

- Quelle expérience les CHW ont-ils des rôles et tâches prédéfinis dans la pratique ?
 - Quelles sont les situations qui créent de l'incertitude dans l'exécution des tâches/rôles ?
 - Dans quels rôles et/ou tâches les CHW font-ils face à un manque de clarté de leur rôle ou à des tensions ?
 - Quels sont les facteurs qui contribuent à ce manque de clarté de leur rôle ou à cette tension ?
 - Quelles sont les stratégies de solution possibles envisagées par les CHW ?
- Quels sont les défis et les opportunités envisagés par les CHW en ce qui concerne les rôles et les tâches prédéfinis ?
- Comment le contexte local influence-t-il l'exécution des rôles et des tâches ?
- Quel est le rôle des responsables d'équipe dans l'exécution de ces rôles et tâches ?

En ce qui concerne la description de rôle des responsables d'équipe, les questions de recherche étaient les suivantes :

- Dans quelle mesure les rôles prédéfinis correspondent-ils à la pratique ?
- Comment les responsables d'équipe évaluent-ils ces rôles ?
- Quels ajouts ou ajustements les responsables d'équipe suggèrent-ils à cette description de rôle ?

2 Méthodologie

2.1 Approbation éthique

L'étude a été soumise au Comité consultatif d'éthique pour les sciences sociales et humaines de l'Université d'Anvers, qui a donné son consentement éthique (SHW_2024_168_1_W1).

2.2 Consentement éclairé

Une procédure de consentement éclairé a été suivie au début de chaque entretien de groupe de discussion. 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. Les participants ont également reçu une version numérique ou papier du formulaire.

Ces formulaires comportaient les coordonnées des chercheurs, de sorte qu'après l'entretien, les participants avaient la possibilité de les contacter en cas de questions 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.

2.3 Recherche qualitative

Pour collecter les données, neuf entretiens de groupe de discussion ont été menés : 7 avec des CHW et 2 avec des responsables d'équipe. Les entretiens de groupe de discussion avec les CHW ont été organisés géographiquement, avec un maximum de 8 participants par entretien. Dans certains cas, comme à Bruxelles, l'équipe a été scindée, tandis que dans d'autres régions, plusieurs équipes ont été fusionnées, par exemple à Tirlemont et à Genk. Les entretiens de groupe de discussion avec les responsables d'équipe ont été organisés par région. Les entretiens ont été menés dans des lieux arrangés par les responsables d'équipe, généralement dans des salles de réunion des départements locaux des mutualités. Pour des raisons logistiques, un entretien de groupe de discussion a été organisé en ligne via Teams.

Les entretiens de groupe de discussion, tant pour les CHW que pour les responsables d'équipe, combinaient exercice post-it, vignettes et questions ouvertes afin d'obtenir une collecte de données approfondie. Des vignettes ont été utilisées pour explorer la manière dont les participants réagiraient dans des scénarios hypothétiques. Ces scénarios ont été spécifiquement conçus pour tester les rôles et les tâches qui avaient précédemment fait l'objet d'un manque de clarté, des conflits de rôles ou des interprétations divergentes dans le fonctionnement quotidien du programme CHW. Lors des entretiens de groupe de discussion avec les responsables d'équipe, les vignettes ont permis d'étudier la manière dont ils soutiennent les CHW dans de telles situations. Il a été demandé à un participant de lire une vignette à haute voix, puis de répondre aux rôles et aux tâches que le CHW/responsable d'équipe devrait, selon lui, inclure dans ce scénario. S'en est suivie une discussion de groupe sur la question de savoir si et comment ces scénarios se produisent dans la pratique. Chaque vignette CHW a été discutée dans au moins un entretien de groupe de discussion de chaque région, c'est-à-dire au moins 3 entretiens de groupe de discussion. Les vignettes destinées aux responsables d'équipe ont été discutées avec les responsables d'équipe lors de chaque entretien de groupe de discussion (NL et FR).

Dans le cadre de l'exercice post-it, les participants ont été invités à indiquer, sur des documents A3 imprimés contenant les descriptions de rôle, les rôles et les tâches qu'ils considéraient comme les plus et les moins importants, ainsi que les ajouts ou les adaptations qu'ils suggéraient.

L'exercice post-it et l'étude de vignettes ont été complétés par des questions ouvertes afin d'approfondir la collecte de données et de se concentrer sur l'expérience pratique des participants.

2.4 Sélection des personnes interrogées

L'ensemble des CHW et des responsables d'équipe du programme CHW ont été invités à participer à la recherche. Seuls un responsable d'équipe et un CHW n'ont pas pris part à la recherche, pour cause de maladie le jour de l'entretien de groupe de discussion prévu.

2.5 Collecte et analyse des données

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

Les transcriptions ont été importées dans le programme d'analyse qualitative NVivo 14. Les résultats ont été analysés selon les principes de l'analyse thématique réflexive (Braun & Clarke, 2006; Campbell et al., 2021). Cette méthodologie est composée de six étapes, qui ont été appliquées de manière flexible (Byrne, 2022) : (1) se familiariser avec les données en lisant et relisant les transcriptions des entretiens, (2) générer des codes initiaux qui émergent des données et cartographier le contenu des entretiens, (3, 4 et 5) rechercher, analyser et définir des thèmes qui reflètent les liens et les explications qui ressortent des codes initiaux, et (6) traiter les résultats de l'analyse dans un rapport de recherche.

2.6 Réflexion de la chercheuse

La recherche n'est jamais totalement exempte de l'influence de la formation et de la personnalité de la chercheuse (Lazard & McAvoy, 2020). L'analyse thématique réflexive appliquée implique que la chercheuse mène activement le processus d'analyse, en toute conscience de son rôle, de ses éventuels biais et de ses perceptions qui peuvent influencer l'interprétation des résultats. En effet, malgré les efforts déployés pour garantir la neutralité, des influences inconscientes peuvent jouer un rôle. C'est pourquoi il est important de prendre un moment pour préciser ma position en tant que chercheuse.

Je suis une femme blanche de 36 ans, non issue de l'immigration et venant de la classe moyenne. Ma position est indissociable de son influence sur l'interprétation des résultats et sur les interactions avec les participants. Les participants peuvent réagir de manière (in)consciente à mes caractéristiques d'origine, par exemple en me considérant comme une « outsider » (« quelqu'un de différent de nous »). Si cela peut impliquer une plus grande difficulté à partager des informations ou des opinions confidentielles ou sensibles pour les participants, l'inverse peut également être vrai. Ma position d'« outsider » (« ethic view ») peut justement garantir une vision plus indépendante et objective de la recherche (Manohar, Liamputtong, Bhole, & Arora, 2017). Ma position externe en tant que chercheuse, menant une recherche « sur » les CHW, peut évoquer une dynamique hiérarchique présumée, susceptible de créer une désirabilité sociale dans le chef des participants.

Il me faut dès lors être consciente de ma position et de mon approche au sein de la recherche tout au long du processus (Lazard & McAvoy, 2020; Wray & Bartholomew, 2014). Mon expérience de la recherche qualitative au sein de groupes cibles vulnérables m'a déjà fourni une base solide pour mener la recherche avec soin et dans le respect de l'éthique. L'adoption d'une attitude ouverte et flexible et l'utilisation de méthodologies participatives dans lesquelles tous les participants ont pu s'exprimer sur un pied d'égalité ont permis de garantir une collecte de données respectueuse et aussi inclusive que possible. Les réflexions et les réserves concernant la recherche ont été consignées dans des notes, qui ont été prises en compte lors de l'analyse, et les résultats ont été vérifiés par un collègue chercheur qui n'a pas participé à la collecte des données.

Si mon parcours personnel influence inévitablement les résultats de la recherche, cette influence a été reconnue au mieux de mes capacités et a fait l'objet d'une réflexion critique.

3 Résultats

3.1 Rôles et tâches des CHW

Au total, 41 CHW ont participé à sept entretiens de groupe de discussion différents : trois néerlandophones et quatre francophones. Les résultats sont présentés dans plusieurs sous-sections. Dans la première section, nous examinons les réponses aux vignettes. Cela permet de comprendre comment les CHW perçoivent leurs rôles et leurs tâches dans des situations hypothétiques et dans quelle mesure ces scénarios correspondent à leur expérience pratique. La deuxième sous-section porte sur les tâches : par le biais d'un exercice post-it, les participants ont indiqué les tâches qu'ils estiment importantes ou moins importantes, les ajustements à apporter à la liste des tâches et d'autres conclusions pertinentes. Enfin, nous développons le contexte plus large de l'exécution des rôles et des tâches : les tâches qui suscitent des débats, les facteurs qui influencent l'exécution, les défis auxquels les CHW sont confrontés et ce qui peut les aider à accomplir leurs rôles et leurs tâches.

3.1.1 Résultats de l'étude des vignettes CHW

Étant donné qu'il serait fastidieux d'examiner toutes les vignettes et que les participants pourraient se fatiguer, les vignettes ont été réparties entre les différents groupes de discussion. Les réactions présentées ici ne proviennent dès lors pas de tous les participants, mais de participants issus d'au moins trois groupes de discussion différents, avec au moins un groupe de discussion de chaque région représentée.

Vignette 1

« Dans le cadre de son travail, Khalid, un CHW, rencontre une femme d'une trentaine d'années, Amina, qui vient de s'installer en Belgique. Amina vient voir Khalid car elle ne se sent pas bien dans sa peau. Elle souffre de fatigue et de symptômes vagues, mais elle a du mal à expliquer exactement ce qui ne va pas. En discutant avec elle, Khalid remarque qu'Amina ne sait pas grand-chose du système de santé belge et s'inquiète de la manière dont elle pourra prendre soin d'elle et de sa famille dans ce nouveau pays. Amina a manifestement des questions et des préoccupations, mais elle ne les exprime pas directement. Elle parle surtout de l'importance de prendre soin de ses enfants et semble considérer sa propre santé comme moins importante ».

Cette vignette a donné lieu à peu de discussions : les CHW se sont mis d'accord sur les tâches à confier à Khalid. Il s'agissait principalement d'offrir une oreille attentive, tout en identifiant les questions et les besoins d'Amina, ainsi que les obstacles éventuels. Ce faisant, les CHW se concentrent essentiellement sur la santé. Lorsque d'autres questions et besoins étaient identifiés, les CHW considéraient l'orientation comme une approche appropriée. Ils ont souligné l'importance d'établir un lien de confiance avec Amina. En outre, certains CHW ont indiqué que Khalid pourrait également jouer un rôle dans la création d'un réseau de soins autour d'Amina. Cependant, ils ont insisté sur le fait que le CHW ne peut pas être directif, mais doit travailler de manière personnalisée pour Amina.

La situation décrite dans la vignette était reconnaissable pour les CHW, étant donné qu'ils travaillent souvent avec des personnes récemment arrivées en Belgique.

Un défi courant qu'ils reconnaissent ici est que ces personnes ont souvent d'autres priorités (par exemple, la demande d'un permis de séjour, la recherche d'un logement), reléguant leur santé à l'arrière-plan. Ils affirment qu'il appartient aux CHW d'attirer l'attention sur ce point et de fournir un soutien.

Vignette 2

« En tant que CHW, Véronique travaille dans un quartier où l'on se pose beaucoup de questions sur une alimentation et un mode de vie sains. Une organisation locale, qui sait qu'elle travaille souvent avec la communauté et qu'elle en est un visage familier, demande si Véronique peut organiser une séance pour les résidents sur ce sujet. Bien que Véronique sache que le public cible de la séance a grand besoin d'informations sur une alimentation saine, ce sujet ne fait pas partie de sa mission principale et elle n'a pas reçu de formation spécifique à ce sujet. Pourtant, la CHW se sent pressée par la communauté et l'organisation pour animer la séance, parce qu'elle est une figure de confiance pour les résidents ».

Les réactions à cette vignette ont été diverses. Certains CHW estimaient qu'il n'appartenait pas à Véronique d'animer cette séance et qu'elle devrait plutôt s'orienter vers une organisation experte en la matière. Certains d'entre eux ont suggéré que Véronique puisse être présente pendant la séance, en tant que personne de confiance et dans le cadre de son approche de proximité, mais pas en tant que personne guidant la session.

D'autres CHW ont estimé que Véronique pouvait animer la session, à condition qu'elle indique clairement qu'elle n'a aucune formation médicale ni expertise spécifique. Cette approche rejoint également leurs propres expériences. Les derniers CHW ont indiqué qu'ils assureraient eux-mêmes cette formation, car elle faisait partie de leurs attributions lors d'une phase antérieure du programme CHW et qu'ils avaient depuis lors acquis une certaine expertise. Cependant, les CHW du premier groupe ne le font pas et le communiquent à leurs partenaires.

Vignette 3

« Dans le cadre de son travail de proximité sur la place du quartier, Nadia, une CHW, rencontre Kevin, un jeune homme qui vient d'emménager dans le quartier. Se sentant mal à l'aise et perdu, Kevin déclare souffrir parfois de crises de boulimie pour apaiser son sentiment d'impuissance. Il ne se sent pas bien à cet égard et s'efforce de le maintenir sous contrôle. Tout au long de la conversation, il apparaît clairement que Kevin place beaucoup d'espoir en Nadia. Il lui demande des conseils et des suggestions pour se sentir mieux et lutter contre ses crises de boulimie ».

Les réactions à cette vignette sont similaires à celles de la vignette 1. Les CHW ont estimé qu'il incombait à Nadia d'instaurer un climat de confiance en offrant une oreille attentive et en s'informant des besoins de Kevin. Ils ont unanimement reconnu que Nadia ne peut pas émettre de conseils ou de suggestions sur la manière dont Kevin doit traiter son problème de santé, mais qu'elle peut fournir des informations précieuses sur les personnes susceptibles de l'aider. La plupart des CHW orienteraient d'abord Kevin vers un médecin généraliste et certains ont également mentionné un psychologue. Comme Kevin est nouveau dans le quartier, les CHW devraient également essayer de lui créer un réseau de soutien. Encore une fois, il est très important pour eux que cela se fasse au rythme de Kevin et d'une manière personnalisée.

Le problème des troubles alimentaires n'est pas courant dans leur expérience, mais les CHW ont indiqué qu'il arrivait régulièrement que des personnes demandent des conseils ou placent leurs espoirs dans les CHW.

Vignette 4

« Cédric, un CHW, entre en contact, par l'intermédiaire d'un travailleur social du CAW (Centre de travail social généraliste), avec Jean, un homme âgé qui a des difficultés à marcher et à se loger. Il a urgemment besoin d'aide pour prendre rendez-vous avec le service local de logement social, mais il semble dépassé par l'idée d'entreprendre lui-même les démarches. Jean déclare qu'il lui est difficile de prendre contact et qu'il se sent peu assuré quant à l'ensemble du processus. Le travailleur social du CAW a déjà fourni à Jean certains documents qu'il doit remplir pour s'inscrire, mais il indique ne pas pouvoir en assurer lui-même le suivi. Pour ce faire, il a contacté Cédric, parce qu'il aide les gens qui ont des problèmes de santé, n'est-ce pas ? »

Les réactions à cette vignette ont mis en évidence l'influence du contexte local dans lequel travaillent les CHW. Par exemple, certains CHW ont indiqué que Cédric devait orienter Jean parce qu'il y a bien assez d'autres services qui fournissent le soutien nécessaire, et que la fourniture d'une aide administrative en matière de logement social ne relève pas du CHW. Certains CHW ont indiqué qu'ils feraient remarquer au CAW que c'est à eux qu'il incombe d'aider Jean dans ses démarches, mais qu'ils pourraient l'accompagner au CAW si cela s'avérait nécessaire. Plusieurs CHW ont également indiqué que Cédric pouvait apporter un soutien administratif à Jean, car ils savent que cela constitue souvent un obstacle à l'accomplissement de nouvelles démarches. Selon eux, les gens sont souvent renvoyés d'un service à l'autre et aider à compléter une inscription est un petit effort pour aider Jean à aller de l'avant. En outre, les CHW ont justifié cette décision par le fait que Jean a des difficultés à marcher et qu'il a besoin d'une solution pour améliorer son état de santé, ce qui relève de la compétence des CHW.

Cette vignette a souvent donné lieu à une conversation sur la manière dont les CHW pouvaient ou ne pouvaient pas apporter un soutien administratif aux personnes. Cette question est discutée plus en détail au point 3.1.3.2.

Vignette 5

« Lors d'une visite à domicile, Kofi, un CHW, rencontre Mme Diallo, une femme âgée qui a du mal à joindre les deux bouts. Elle lui raconte dépendre des colis alimentaires, mais que son état de santé l'empêche de se rendre elle-même sur le site de distribution. Elle demande à Kofi s'il peut l'aider en allant chercher le colis alimentaires pour elle et en les lui apportant à son domicile. Madame Diallo lui dit n'avoir personne d'autre sur qui compter et qu'elle aurait beaucoup de mal sans les colis. Elle semble n'avoir aucune autre option et Kofi remarque à quel point elle est vulnérable ».

Les CHW ont tous été d'avis qu'il appartenait à Kofi de trouver une solution en faisant appel à un partenaire, à un voisin ou à un membre de la famille pour se charger de la collecte des colis alimentaires. Jusqu'à ce qu'une telle solution soit trouvée, les avis divergent. Certains CHW ont souligné que Kofi ne pouvait en aucun cas aller chercher lui-même les colis alimentaires, car cela ne fait pas partie des tâches d'un CHW. D'autres, en revanche, ont estimé que Kofi pouvait assumer cette tâche temporairement, en attendant une solution définitive. Ce faisant, ils ont souligné l'importance d'une communication claire avec Madame Diallo : il s'agirait d'une mesure exceptionnelle qui n'entre pas dans les attributions d'un CHW.

Les CHW ont indiqué que de telles demandes se produisent rarement dans leur travail quotidien, car les gens savent généralement que cela ne fait pas partie des responsabilités des CHW et que d'autres services sont disponibles pour ce type d'aide.

Vignette 6

« Loubna, une CHW, accompagne Fatima, une jeune mère célibataire récemment arrivée en Belgique. Fatima souffre de diabète et est particulièrement vulnérable en raison du lourd parcours de migration qu'elle a subi, ce qui augmente le risque de complications. Un bon suivi médical lui est essentiel, mais Fatima manque régulièrement ses rendez-vous et ne donne que peu d'explications. Elle est également de moins en moins réceptive aux tentatives de contact de Loubna. Fatima n'a guère confiance dans les soignants, et Loubna se rend compte qu'elle est le seul contact en qui Fatima a un peu confiance. De plus, Loubna s'inquiète pour le jeune enfant de Fatima, qui n'a pas de réseau de soutien autour d'elle ».

Presque tous les CHW ont indiqué que Loubna peut offrir une oreille attentive dans ce scénario et qu'il est important de maintenir le lien de confiance avec Fatima. Selon eux, Loubna peut l'aider à prendre et à respecter des rendez-vous, par exemple en accompagnant Fatima. Ils estiment également qu'il lui incombe de faire comprendre à Fatima ce qui est nécessaire à sa santé et quelles seront les conséquences si elle ne respecte pas ses rendez-vous. Il est question non seulement de conséquences médicales, mais aussi d'implications financières, car de nombreux hôpitaux et spécialistes appliquent des sanctions financières pour les rendez-vous manqués.

Les avis étaient partagés sur le rôle de Loubna dans le cadre du non-respect répété des rendez-vous de Fatima. Certains CHW ont estimé qu'il est important de rester attentif et présent car Fatima appartient à un groupe cible vulnérable qui a souvent du mal à organiser sa vie. En revanche, d'autres CHW préconisent de fixer des limites. Ils estiment que l'attachement peut devenir contre-productif à un moment donné et qu'il convient alors de relâcher l'accompagnement, à condition que cela aille de pair avec une communication claire. Ce faisant, Fatima devrait savoir que la porte reste toujours ouverte et qu'elle peut à nouveau demander de l'aide.

Néanmoins, de nombreux CHW ont indiqué que la présence d'un jeune enfant dans ce scénario est une raison importante de poursuivre le suivi étroit de Fatima.

Vignette 7

« Lors d'une concertation d'équipe, ils discutent d'un événement à venir organisé en collaboration avec Fedasil et quelques organisations de quartier. Les CHW seront présents pour fournir des informations à tous les visiteurs, y compris les personnes séjournant au centre Fedasil. Fedasil se trouve en dehors de leur zone d'action habituelle et les CHW seront potentiellement en contact avec des bénéficiaires qui leur demandent de l'aide mais qui ne peuvent pas obtenir de soins dans les quartiers où les CHW travaillent. Certains CHW, dont Amir, se sentent partagés entre enthousiasme et inquiétude. Amir comprend l'intérêt de partager des informations et de nouer des liens avec de nouvelles personnes, mais il est également préoccupé par les attentes qui peuvent naître chez les personnes que les CHW ne peuvent pas accompagner davantage. En effet, le responsable d'équipe souligne que pendant l'événement, il est important qu'ils n'offrent un accompagnement qu'aux personnes vivant ou recevant des soins dans les quartiers où ils travaillent habituellement ».

Dans ce scénario, l'influence du contexte local dans lequel les CHW travaillent joue un rôle important. Pour les CHW de Bruxelles, ce scénario a été jugé moins réaliste, car leur zone d'action est assez étendue et ils peuvent également aider les personnes résidant dans un centre Fedasil voisin. Les CHW qui connaissaient mieux le scénario parce que leur zone d'action est plus restreinte ont vu des solutions possibles, dans lesquelles Amir peut demander aux gens de venir le voir eux-mêmes.

Il peut s'agir d'un moment de proximité ou d'une permanence chez un partenaire, par exemple, afin qu'il puisse continuer à les soutenir. En outre, certains CHW ont suggéré qu'Amir peut offrir un accompagnement à distance, par exemple par téléphone, ou orienter les personnes vers des partenaires.

En outre, certains CHW ont souligné que les personnes qui séjournent dans un centre Fedasil peuvent très bien appartenir au groupe cible du programme CHW à un stade ultérieur de leur vie - par exemple, après avoir obtenu un permis de séjour. Pour cette raison, ils ont estimé qu'il était important de faire déjà connaître le programme à ces personnes.

Certains CHW ont trouvé le scénario reconnaissable, car lors des moments de proximité, par exemple sur un marché ou dans d'autres lieux, ils rencontrent aussi souvent des personnes qui se trouvent en dehors de leur zone d'action, mais qui sont tout de même intéressées ou qui pourraient bénéficier de leur soutien. Dans ces situations, ils tentent d'accompagner davantage ces personnes en leur proposant les mêmes solutions que dans ce scénario : les inviter à venir à un moment de permanence.

Vignette 8

« Fatou, une CHW, accompagne sa bénéficiaire, Leila, chez le médecin généraliste. Leila ne maîtrise pas totalement le néerlandais et Fatou est là pour faciliter la communication entre eux. Une fois la conversation entamée, Fatou remarque que le médecin généraliste part du principe que son rôle se limite à l'interprétation. Tandis que le médecin généraliste pose des questions d'ordre médical, Fatou remarque qu'il ne tient pas compte du contexte culturel important et essentiel pour la situation de Leila. Par exemple, lorsque le médecin généraliste pose des questions sur le mode de vie de Leila, Fatou peut traduire les mots, mais sans expliquer le contexte culturel et les habitudes de Leila, le médecin généraliste ne peut pas évaluer correctement ce qui est pertinent pour sa santé. Cependant, le médecin généraliste estime que Fatou ne peut pas intervenir dans le contenu de l'entretien, car cela pourrait violer la relation médecin-patient et il considère Fatou comme une interprète neutre ».

Les CHW ont clairement défini le rôle de Fatou dans ce scénario : son rôle ne se limite pas à interpréter, mais à soutenir la communication grâce à sa connaissance du contexte plus large de Leila. Ils considèrent dès lors qu'il est de la responsabilité de Fatou de préciser dès le début de l'entretien qu'elle accompagne Leila en tant que CHW et les rôles qu'un CHW peut assumer.

Pourtant, les CHW ont estimé que cette situation n'était pas réaliste. Dans la pratique, les médecins généralistes se réjouissent généralement de leur présence et de leur soutien, car ils facilitent grandement la communication avec la personne concernée. Les médecins demanderont donc rarement à se limiter à l'interprétation.

Pour certains CHW, en particulier ceux issus de l'immigration qui accompagnent des personnes ayant un parcours migratoire similaire, ce scénario leur rappelle les nombreuses situations dans lesquelles les prestataires d'aide sociale supposent souvent à tort qu'ils sont des membres de la famille, des amis ou des interprètes. Ils constatent qu'il est souvent nécessaire d'explicitier leur présence en tant que CHW dès le départ et de préciser leur rôle.

Résumé des résultats des vignettes

Les réactions aux vignettes ont montré que les CHW avaient, dans les différents scénarios, une vision claire des tâches d'un CHW et de ce qui ne leur appartient pas. Il s'agit par exemple d'éviter de donner des conseils dans la vignette 3 et de se limiter à une simple interprétation dans la vignette 8.

Les avis étaient toutefois partagés sur certaines vignettes. Bien que les CHW reconnaissent que certaines actions ne font pas officiellement partie de leurs attributions, certains ont indiqué qu'ils les effectueraient quand même s'ils étaient eux-mêmes confrontés à une situation similaire sur le terrain. Les exemples incluent la collecte d'un colis alimentaire dans la vignette 5 ou la fourniture d'une aide administrative dans la vignette 4. Les CHW ont justifié ces actions en déclarant qu'elles étaient dans l'intérêt de l'état de santé de la personne ou qu'elles ne nuisaient pas à la relation de confiance avec la personne. Ils ont fait valoir que l'exécution de certaines tâches devrait toujours être envisagée au cas par cas, car leur choix dépend de la personne qu'ils aident et du contexte spécifique de la situation. Cette « zone grise » est apparue dans tous les entretiens de groupe de discussion et a donné lieu à une discussion approfondie sur la manière dont les CHW perçoivent leurs rôles et tâches. Ce point est expliqué plus en avant dans la section 3.1.3.

3.1.2 Discussion sur les rôles et les tâches des CHW

Au cours de l'exercice post-it, il a été demandé aux CHW d'indiquer dans le document comprenant la description de rôle et de tâches les trois tâches les plus importantes pour eux, et les trois tâches les moins importantes. Après cet exercice, les choix ont été discutés en groupe et d'autres entretiens ont été menés sur la manière dont les CHW ont évalué le document, sur ce qu'ils ajouteraient, modifieraient ou omettraient.

Tâches principales selon les CHW

Le tableau 2 ci-dessous montre quelles tâches ont été qualifiées par combien de CHW comme l'une des trois tâches les plus importantes dans le cadre de leur rôle de CHW.

Bien que les CHW aient indiqué qu'il était difficile de prioriser les tâches - il a souvent été commenté : « mais toutes nos tâches sont importantes ! », force est de constater que l'aide aux bénéficiaires est au cœur de leurs tâches les plus choisies. Cela se reflète dans les trois tâches les plus fréquemment indiquées : l'écoute active pour comprendre les attentes, les questions et les besoins du groupe cible ; l'aide à la recherche d'un prestataire de soins ; et le soutien aux contacts avec les organisations de soins et d'aide sociale. En particulier, « être là » pour les bénéficiaires, c'est-à-dire « offrir une oreille attentive », est l'une des priorités des CHW.

« Pour moi ça c'est une des choses les plus importantes et on peut l'assurer au travers d'une permanence, au travers d'une maraude. Je pense que ça rejoint un peu ce que mes collègues ont dit. C'est en fait cette première écoute, ces premiers temps qu'on accorde à la personne pour clarifier ses demandes ». (CHW, groupe de discussion 9, FR)

Cela se confirme lorsque l'on examine les rôles dont relèvent ces tâches. Ensuite, dans les tâches indiquées, quatre rôles en particulier émergent : (1) « construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être » ; (2) « naviguer dans le système de soins » ; (3) « fournir un encadrement et un soutien social » ; et (4) « mener des actions de proximité ». De nombreux CHW considèrent ce dernier rôle (« mener des actions de proximité ») comme essentiel, car il leur permet d'atteindre de nouvelles personnes vivant dans des situations vulnérables. Les avis divergent quant à la manière la plus appropriée de mener des actions de proximité, ce qui est en partie lié au caractère et aux préférences du CHW. Certains se sentent à l'aise pour s'adresser aux gens sur les marchés et les places, tandis que d'autres préfèrent organiser des permanences avec des partenaires. Ils apprécient la complémentarité de ces différentes approches.

En outre, certains CHW indiquent que des horaires de travail plus flexibles leur permettraient d'atteindre encore mieux les gens.

« Beaucoup de femmes sont seules à la maison avec les enfants sans parler la langue et n'ont pas le droit d'ouvrir la porte ni de vous parler pendant que les hommes sont au travail. Si nous pouvions organiser nos horaires un peu différemment et mener des actions de proximité au moins une fois en soirée, nous toucherions beaucoup plus de personnes. Même chose pour, les églises où se trouvent les communautés africaines, par exemple. Ce n'est que le dimanche. Vous pourriez ainsi faire beaucoup plus... » (CHW, groupe de discussion 1, NL)

Atteindre et soutenir leurs bénéficiaires est une priorité pour les CHW. Viennent ensuite des tâches plus larges ou plus générales visant à améliorer l'accès aux soins de santé, telles que « fournir des informations sur la santé adaptées à la culture » et « défendre les individus et les communautés ».

Les tâches que les CHW sont moins susceptibles d'indiquer comme prioritaires sont celles qui relèvent des rôles « renforcer les compétences en matière de santé au niveau individuel et collectif » et « participer à l'évaluation et à la recherche ». Par exemple, les tâches administratives, telles que l'enregistrement des données ou la participation à la recherche, sont rarement considérées comme une priorité essentielle. Il est à noter qu'un CHW a indiqué une tâche importante qui a été catégorisée par l'équipe du projet comme une tâche « que les CHW ne font pas », à savoir s'occuper de questions qui ne relèvent pas directement des soins, comme les contacts avec la police et le tribunal, ou l'aide au logement et aux factures impayées. Au cours des entretiens de groupe de discussion, un débat plus large s'est engagé à ce sujet : les CHW peuvent-ils et doivent-ils également fournir un soutien administratif ? Ce sujet est abordé plus en détail (cf. 3.1.3.2).

Tableau 2. Tâches importantes indiquées lors de l'exercice post-it des CHW.

La colonne 1 énumère les tâches classées en fonction du nombre de CHW (voir colonne 3) ayant désigné cette tâche comme l'une des trois tâches les plus importantes d'un CHW. La deuxième colonne indique le rôle dont relève cette tâche. Le numéro de la tâche fait référence au rôle et la lettre à la tâche correspondante. Si une tâche est suivie de (N), elle entre dans la catégorie « ce que nous ne faisons pas ».

Tâche	Rôle	Nombre de CHW ayant qualifié cette tâche d'« importante ».
4B. Le CHW écoute activement pour comprendre et clarifier les attentes, les questions et les besoins de la personne concernée dans le cadre de nos missions, dans un climat de bienveillance, d'empathie et de tolérance.	4. Fournir un encadrement et un soutien social	16
3A. Aider à la recherche d'un prestataire de soins ou d'un professionnel de l'aide sociale pour la personne	3. Navigation dans le système de soins	10
3C. Accompagner la personne dans ses contacts avec l'organisation de soins de santé ou d'aide sociale.	3. Navigation dans le système de soins	9

1D. Assister la personne lors de la consultation avec le prestataire de soins de santé ou le professionnel de l'aide sociale afin de favoriser la communication (et pas seulement l'interprétation) entre eux.	1. Construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être	8
1F. Informer la personne sur le fonctionnement du système de soins de santé et d'aide sociale, ainsi que sur les droits auxquels la personne qui demande de l'aide peut prétendre.	1. Construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être	8
7A. Permanences	7. Mener des actions de proximité	8
2B. Orienter les personnes vers des organisations qui peuvent les aider à mieux comprendre et à prendre en charge leur état de santé. Par exemple : CAW pour les questions relatives au planning familial, associations d'aidants, Beweging op verwijzing, etc.)	2. Fournir des informations sur la santé adaptées à la culture	6
1A. Orienter les personnes vers des organisations locales travaillant sur des pathologies particulières et/ou organisant des activités autour de celles-ci (associations de patients, réseaux palliatifs, etc.)	1. Construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être	5
5B. Participer activement à des moments de mise en réseau avec des partenaires (bien-être/santé) afin d'apporter des expériences de terrain après accord du responsable d'équipe.	5. Défendre les individus et les communautés	5
3E. Orienter les personnes et/ou les soutenir lors de l'inscription dans un organisme de santé ou social (centre médical, mutualité, CPAS, médecin généraliste, vaccination, etc.)	3. Navigation dans le système de soins	4
4C. Préparer l'entretien de la personne avec un prestataire de soins ou un travailleur social (rassembler les documents nécessaires, préparer les questions, expliquer les formulaires, etc.)	4. Fournir un encadrement et un soutien social	4
4F. Aider la personne à remplir un document médical ou administratif entrant dans le cadre de notre mission (par exemple, aide aux formalités d'affiliation à une mutualité ou à l'obtention d'une carte médicale).	4. Fournir un encadrement et un soutien social	4
5A. Transmettre les signaux de l'individu/de la communauté au responsable d'équipe et aux coordinateurs, tant sur le plan structurel qu'occasionnel.	5. Défendre les individus et les communautés	4
7H. Effectuer des patrouilles dans les quartiers où nous sommes présents et s'adresser aux gens	7. Mener des actions de proximité	4

4A. Rappel de rendez-vous	4. Fournir un encadrement et un soutien social	3
7B. Visites à domicile	7. Mener des actions de proximité	3
7D. Fournir des informations sur le projet de Community Health Work, faire connaître le rôle du CHW dans divers lieux - marchés, mosquées, maisons de quartier, écoles, restaurants sociaux ou cafés.	7. Mener des actions de proximité	3
3D. À la demande d'un professionnel, accompagner la personne au cours de son suivi dans le cadre de la santé ou de l'aide sociale. Cela ne s'applique que si la tâche ne fait pas partie de la zone d'action du professionnel qui pose la question.	3. Navigation dans le système de soins	2
3F. Planifier, organiser/accompagner les déplacements nécessaires dans le cadre du suivi de la personne	3. Navigation dans le système de soins	2
1B. Soutenir les organisations qui organisent des sessions sur la santé et l'aide sociale en étant présent lors de ces sessions en vue de combler le fossé entre l'intervenant et les participants, etc.	1. Construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être	1
1J (N). Assumer des questions qui ne relèvent pas directement des « soins de santé » : contacts avec la police, le tribunal, problèmes d'appartement, de logement, de factures d'électricité, etc.	1. Construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être	1
3G. Orienter la personne vers des structures (de santé et sociales) ou des professionnels liés au système de soins de santé mais situés en dehors du champ des soins de santé ou du GBO (geïntegreerd breed onthaal). (par exemple, service du logement, CSR, centres de revalidation, etc.)	3. Navigation dans le système de soins	1
4D. Traduire ou aider la personne à comprendre un document relatif au suivi effectué	4. Fournir un encadrement et un soutien social	1
4H. Réexaminer le cadre de soutien du CHW et, si possible, procéder à des ajustements lorsqu'une personne ne se présente pas aux rendez-vous, se montre peu collaborative ou ne respecte pas les accords conclus, etc.	4. Fournir un encadrement et un soutien social	1
5C. Participer aux concertations locales des bénéficiaires en tant que partenaire, à condition que la personne soit également présente ou qu'elle ait donné son accord explicite pour que le CHW participe à ces concertations. Ceci APRÈS accord du responsable d'équipe	5. Défendre les individus et les communautés	1

6B. Jouer le jeu de la santé avec le groupe cible en collaboration avec les partenaires	6. Renforcer les compétences en matière de santé au niveau individuel et collectif	1
6C. Organiser ou animer des sessions de groupe et des moments d'information sur des sujets adaptés au groupe cible, tels que le diabète ou la vaccination.	6. Renforcer les compétences en matière de santé au niveau individuel et collectif	1
6E. Lire un document administratif ou médical avec la personne concernée dans le but de traduire ou d'aider la personne à comprendre un document relatif au suivi effectué	6. Renforcer les compétences en matière de santé au niveau individuel et collectif	1
7C. Faire du porte-à-porte et établir un premier contact	7. Mener des actions de proximité	1
8A. Enregistrer les interventions avec soin	8. Participer à l'évaluation et à la recherche	1
8C. Participer et répondre aux évaluations/recherches externes (Brico (BXL), thèse/document de recherche, etc.)	8. Participer à l'évaluation et à la recherche	1

Tâches moins importantes selon les CHW

Les CHW ont également été invités à indiquer les trois tâches les « moins importantes » à leurs yeux. Les résultats sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous.

Tout d'abord, il est important de souligner que la plupart des CHW ne pouvaient pas ou ne voulaient pas désigner trois tâches comme étant « moins importantes ». Ils ont indiqué qu'il y avait peu de tâches qu'ils jugeaient moins pertinentes. Cela illustre le dévouement avec lequel les CHW effectuent leur travail et la manière dont ils considèrent l'ensemble de leurs rôles et tâches comme essentiels. Il convient également de noter que 12 tâches, classées de toute façon dans la catégorie « ce que nous ne faisons pas », ont également été désignées comme « moins importantes » par les CHW. Par exemple, « se charger du transport », « prendre des décisions à la place de la personne », « assumer le rôle d'aidant », « donner des conseils sur une alimentation saine et les maladies ». Cela indique que ces CHW conviennent que ces tâches ne font pas partie de leurs responsabilités.

Si l'on compare ce tableau avec celui des « tâches importantes », une tendance similaire se dégage. Les tâches désignées comme « moins importantes » sont souvent liées à des interactions plus larges ou plus générales avec des organisations ou des parties externes. Cela se reflète également dans la répartition des rôles dans ce tableau. Par rapport au tableau des « tâches importantes », les rôles « participer à l'évaluation et à la recherche » et « renforcer les compétences en matière de santé au niveau individuel et collectif » y sont plus fréquents. Ceci est conforme aux conclusions de la section précédente : les CHW se concentrent en premier lieu sur l'accompagnement et le soutien de leurs bénéficiaires. Ce faisant, certains CHW ont indiqué qu'ils considéraient que certaines tâches, telles que l'animation de séances d'information, incombaient davantage au responsable d'équipe ou qu'ils ne se sentaient pas (encore) compétents pour le faire.

« Je pense que notre coach est mieux qualifié pour ce faire. Nous pouvons alors nous concentrer davantage sur nos tâches » (CHW, groupe de discussion 2, NL)

« Parce que déjà, moi je ne suis peut-être pas à l'aise de présenter... Je ne suis pas formée pour le faire. On n'a pas les outils non plus pour le faire ».(CHW, groupe de discussion 6, FR)

La tâche la plus souvent désignée comme « moins importante », à savoir par 11 CHW, était le « porte-à-porte » pour établir un premier contact. Les entretiens ont montré que les opinions divergeaient à ce sujet, certains CHW estimant qu'il s'agissait d'une tâche très utile. Une autre tâche qui a suscité de nombreuses discussions est celle consistant à « enregistrer les interventions avec soin ». Si les CHW ont reconnu l'importance de l'enregistrement et de la compréhension des chiffres, nombre d'entre eux soulignent à quel point cette tâche prend du temps et est complexe, ce qui fait qu'ils ne s'y intéressent guère. La section suivante examine ce point plus en détail.

Tableau 3. Tâches moins importantes indiquées lors de l'exercice post-it des CHW.

La colonne 1 énumère les tâches classées en fonction du nombre de CHW (voir colonne 3) ayant désigné cette tâche comme l'une des trois tâches moins importantes d'un CHW. La deuxième colonne indique le rôle dont relève cette tâche. Le numéro de la tâche fait référence au rôle et la lettre à la tâche correspondante. Si une tâche est suivie de (N), elle entre dans la catégorie « ce que nous ne faisons pas ».

Tâche.	Rôle	Nombre de CHW ayant qualifié cette tâche de « moins importante ».
7C. Faire du porte-à-porte et établir un premier contact	7. Mener des actions de proximité	11
2F. Conseiller les organisations organisant des activités de prévention de la santé sur la manière de développer l'activité pour qu'elle convienne au mieux au groupe cible.	2. Fournir des informations sur la santé adaptées à la culture	7
4G. Fournir des documents administratifs (par exemple, formulaires d'inscription à la mutualité). Les personnes du groupe cible n'ont pas toujours la possibilité d'imprimer des documents.	4. Fournir un encadrement et un soutien social	6
3J (N). Se charger du transport des personnes dans le cadre du soutien par le CHW.	3. Navigation dans le système de soins	5
2E. Soutenir les organisations qui s'engagent en faveur de la vaccination (scientifiquement prouvée) en leur demandant d'y conduire également les groupes les plus vulnérables.	2. Fournir des informations sur la santé adaptées à la culture	4
2G (N). Prendre des décisions à la place de la personne ou communiquer de manière directive ; le CHW doit rester objectif.	2. Fournir des informations sur la santé adaptées à la culture	4
8A. Enregistrer les interventions avec soin	8. Participer à l'évaluation et à la recherche	3
8C. Participer et répondre aux évaluations/recherches externes (Brico (BXL), thèse/document de recherche, etc.)	8. Participer à l'évaluation et à la recherche	3

3L (N). Assumer le rôle d'aidant : vous êtes un aidant si vous fournissez des soins supplémentaires à des membres de votre famille ou à des amis qui ont besoin d'aide de manière temporaire ou permanente, par exemple en raison d'un handicap physique ou mental ou d'une maladie mentale.	3. Navigation dans le système de soins	3
6H (N). Donner des conseils sur une alimentation saine, certaines maladies, etc.	6. Renforcer les compétences en matière de santé au niveau individuel et collectif	3
7E. Distribuer des prospectus à divers endroits susceptibles d'atteindre notre public cible.	7. Mener des actions de proximité	3
8B. Participer à la collecte de données par l'UA	8. Participer à l'évaluation et à la recherche	3
1F. Informer la personne sur le fonctionnement du système de soins de santé et d'aide sociale, ainsi que sur les droits auxquels la personne qui demande de l'aide peut prétendre.	1. Construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être	2
5C. Participer aux concertations locales des bénéficiaires en tant que partenaire, à condition que la personne soit également présente ou qu'elle ait donné son accord explicite pour que le CHW participe à ces concertations. Ceci APRÈS accord du responsable d'équipe	5. Défendre les individus et les communautés	2
6B. Jouer le jeu de la santé avec le groupe cible en collaboration avec les partenaires	6. Renforcer les compétences en matière de santé au niveau individuel et collectif	2
6C. Organiser ou animer des sessions de groupe et des moments d'information sur des sujets adaptés au groupe cible, tels que le diabète ou la vaccination.	6. Renforcer les compétences en matière de santé au niveau individuel et collectif	2
1C. Animer des séances d'information en groupe sur le système de santé à la demande d'une organisation, dans le cadre d'une permanence ou de sa propre initiative (par exemple, à un groupe de nouveaux arrivants).	1. Construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être	2
1K (N). Remplir uniquement le rôle d'interprète lors d'une intervention	1. Construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être	2
3K (N). Rendre les personnes dépendantes des CHW en les accompagnant indéfiniment et en les guidant pour le même obstacle.	3. Navigation dans le système de soins	2

6A. Organiser des moments d'information sur le système de santé et les droits (le contenu doit toujours être validé au préalable par un expert du sujet concerné, par exemple la mutualité).	6. Renforcer les compétences en matière de santé au niveau individuel et collectif	2
7H. Effectuer des patrouilles dans les quartiers où nous sommes présents et s'adresser aux gens	7. Mener des actions de proximité	1
3F. Planifier, organiser/accompagner les déplacements nécessaires dans le cadre du suivi de la personne	3. Navigation dans le système de soins	1
4D. Traduire ou aider la personne à comprendre un document relatif au suivi effectué	4. Fournir un encadrement et un soutien social	1
4H. Réexaminer le cadre de soutien du CHW et, si possible, procéder à des ajustements lorsqu'une personne ne se présente pas aux rendez-vous, se montre peu collaborative ou ne respecte pas les accords conclus, etc.	4. Fournir un encadrement et un soutien social	1
1G (N). Animer des sessions sur des sujets ne faisant pas partie de notre mission principale en tant que CHW et/ou pour lesquels les CHW n'ont pas de formation spécifique (par exemple, sur une alimentation saine, un mode de vie sain, des maladies spécifiques et leur approche, etc.); nous pouvons toutefois soutenir et référer à des sessions où un expert travaillera sur ces sujets.	1. Construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être	1
1H (N). Donner soi-même des informations (para)médicales, indépendamment d'un professionnel de la santé; donner un dépliant à la personne dans le but de l'orienter vers le professionnel de la santé approprié est possible.	1. Construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être	1
1I (N). Reprendre des tâches qui relèvent légalement de la compétence d'autres professionnels (par exemple, mise en ordre de documents non médicaux émanant du SS, du CPAS, etc.)	1. Construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être	1
2A. Animer des séances d'information ou des présentations en groupe sur le système de soins dans un contexte culturel sensible ou aider d'autres organisations à cet égard. Si le CHW anime ces sessions ou présentations, leur contenu doit avoir été validé au préalable par un expert.	2. Fournir des informations sur la santé adaptées à la culture	1
3H (N). Des actions telles que : Aider à trouver un club sportif • Aider à l'affiliation à une association, par exemple pour des activités de loisirs	3. Navigation dans le système de soins	1

<ul style="list-style-type: none"> • Aller au magasin • Apporter le colis alimentaire au domicile du bénéficiaire, même si celui-ci n'arrive pas à joindre les deux bouts. 		
4I (N) - Aider les personnes à remplir les demandes de reconnaissance du handicap.	4. Fournir un encadrement et un soutien social	1
4K (N). Si le CHW remplit seul un document, au lieu d'une autre personne	4. Fournir un encadrement et un soutien social	1
7F. Participer à des événements organisés par le quartier ou par d'autres organisations en lien direct avec notre mission, après coordination avec le responsable d'équipe, lorsque l'objectif, le rôle,... est bien défini à l'avance.	7. Mener des actions de proximité	1

Ajustements nécessaires de la liste des tâches selon les CHW

Dans l'ensemble, les CHW ont estimé que le document de tâches était complet et représentait fidèlement leurs tâches. Certains CHW ont suggéré des ajouts ou des clarifications. Par exemple, un CHW a suggéré que la tâche 1F - « Informer la personne sur le fonctionnement du système de soins de santé et d'aide sociale, ainsi que sur les droits auxquels la personne qui demande de l'aide peut prétendre » - soit placée sous le rôle 3 (« Naviguer dans le système de soins ») plutôt que sous le rôle 1 (« Construire des liens entre les individus, les communautés et les professionnels des soins de santé et du bien-être »).

En outre, il a été noté que les tâches relevant du rôle 2 (« Fournir des informations sur la santé adaptées à la culture ») ne sont pas toujours directement liées à la sensibilité culturelle. Il a donc été suggéré de supprimer le mot « culturel » du titre. À cet égard, un CHW a fait remarquer que l'échange mutuel d'informations est essentiel : les bénéficiaires doivent non seulement recevoir des informations sensibles à la culture, mais aussi comprendre les aspects culturels du système de santé belge.

« J'estime qu'il est très important que les personnes qui vivent dans notre système comprennent un peu comment il fonctionne. Que les gens sachent que le CPAS est un système de solidarité. [...] Je pense qu'il est très important d'expliquer que les médecins ont un diplôme et qu'ils sont allés jusqu'au bout [de leurs études] et qu'il faut leur faire confiance. Ils ne l'ont pas volé [ce diplôme]. [...] Ce ne sont pas des charlatans. Les médecins qui travaillent à l'hôpital sont tous des médecins [diplômés]. [...] Ou aller aux urgences, par exemple. Nous pensons qu'il est évident que tout le monde doit savoir où, quand et comment se rendre aux urgences. Mais ce n'est pas vrai. Donc, vous devez entièrement expliquer comment se rendre aux urgences [...] Lorsque votre enfant est en danger, vous devez appeler l'ambulance. Mais il ne faut pas appeler l'ambulance pour n'importe quelle raison. Parce qu'il faut rembourser. Cette nuance doit dès lors être expliquée de manière très précise. Et si cela se passe en néerlandais, mes bénéficiaires ne peuvent jamais le comprendre. C'est donc quelque chose de très... qui ne se limite pas à une simple information, que nous devons expliquer clairement de quoi il s'agit et comment ça marche ». (CHW, groupe de discussion 1, NL)

En outre, certains CHW ont fait remarquer que les tâches relatives à la collaboration ne figuraient pas dans le document. Ils ont donné des exemples tels que la recherche de partenaires à des fins diverses, comme l'organisation de permanences ou la préparation d'activités conjointes. Le signalement et l'examen des problèmes sociaux en collaboration avec les partenaires ont également été mentionnés comme une tâche importante. Par exemple, les CHW peuvent constater que la solitude est fréquente dans le quartier et en parler avec les partenaires concernés afin de mieux cibler le problème. L'établissement et le maintien des collaborations exigent beaucoup de temps et d'efforts de la part des CHW, mais cela ne semble pas être reflété de manière adéquate dans le document de tâches.

3.1.3 Contexte plus large lors de l'exécution des rôles et des tâches

Cette dernière section met en lumière le contexte plus large qui influence la manière dont les CHW remplissent leurs rôles et leurs tâches. Elle énumère les tâches sujettes à discussion, les facteurs qui influencent leur travail, les défis auxquels ils sont confrontés et le soutien dont ils ont besoin pour s'acquitter efficacement de leurs tâches.

Importance d'une description de rôle et de tâches claire

Les CHW apprécient une délimitation claire de leurs rôles et de leurs tâches, et ce, pour plusieurs raisons. Cela apporte de la clarté aux partenaires et aux bénéficiaires, contribuant ainsi à l'autonomisation des bénéficiaires eux-mêmes. Parce que les CHW peuvent clairement délimiter les domaines dans lesquels leur aide peut être apportée, il arrive que le bénéficiaire doive prendre l'initiative de régler lui-même certains problèmes.

« C'est de pouvoir aussi laisser une place à l'autonomie de la personne. Lui tenir la main tout le temps non plus ». (CHW, groupe de discussion 8, FR)

En outre, une description de tâches claire fournit orientation et conseils : elle aide les CHW à mieux comprendre les tâches qui relèvent de leur travail. Cela crée un cadre clair et permet d'élargir leur perspective à l'ensemble de leurs différents rôles. Pour certains CHW, cependant, cette clarification arrive trop tard. Certains CHW actifs depuis le début du programme indiquent que, faute de directives claires dès le départ, ils ont pris sur eux de définir leurs rôles et leurs responsabilités.

« Personnellement, je pense que ça ne va pas m'aider parce que je pense que ça aurait été intéressant au début du projet de pouvoir recadrer là où vraiment on a commencé à construire ce projet, on a vraiment participé à la construction de ce projet en fonction de nos réalités. [...] Maintenant, pour moi, ça ne fait pas sens parce que mes missions sont déjà établies, que j'ai déjà mon réseau, etc. et que je sais mes limites, ce qu'on attend de moi concrètement. Pour les nouveaux arrivants. Peut-être pour les nouveaux arrivants ou autres, oui, mais... pour ceux du début, non ». (CHW, groupe de discussion 5, FR)

De plus, des tensions apparaissent parfois parce que certaines tâches ne font plus partie de leurs attributions dans la description actuelle. Par exemple, ces dernières années, les bénéficiaires et les partenaires étaient habitués à ce que les CHW transportent les bénéficiaires, animent des séances d'information ou aident aux tâches administratives. Maintenant qu'il est plus clairement établi que ces tâches ne sont pas autorisées, les CHW ont du mal à adapter les attentes de leurs bénéficiaires et de leurs partenaires, en particulier lorsqu'ils ne sont pas eux-mêmes favorables à ces changements.

Tâches sujettes à débat

Lors de l'examen des vignettes et du document de tâches, certaines tâches ont été sujets à discussion, car les CHW ont des priorités différentes ou ont une vision différente du programme. Dans le même temps, un consensus pouvait parfois aussi exister, les CHW indiquant qu'il n'était pas réaliste qu'ils ne soient pas autorisés à effectuer certaines tâches. Dans ce qui suit, nous examinons les tâches qui ont donné lieu à un débat, qu'elles relèvent des attributions des CHW ou non.

Fournir un soutien (administratif) non lié à la santé

Les tâches les plus discutées étaient celles relevant de la catégorie des « tâches qui ne relèvent pas des attributions des CHW », et qui sont souvent en lien avec un soutien qui n'est pas lié à la santé. Différentes tâches, sous différents rôles, ont été abordées au cours du processus. Par exemple, sous le rôle 1, la tâche « reprendre des tâches qui relèvent légalement de la compétence d'autres professionnels » ; sous le rôle 2, la tâche « actions telles qu'aider à trouver un club sportif ou aller au magasin » ; sous le rôle 4, la tâche « remplir des documents non médicaux sans lien avec la santé ou le social », et ainsi de suite. Les CHW ont indiqué que lorsqu'ils reçoivent de telles demandes, ils essaient toujours dans un premier temps d'orienter les bénéficiaires vers d'autres organismes ou de les autonomiser, en les encourageant à surmonter eux-mêmes les obstacles.

« On essaie de les autonomiser bien sûr, de les responsabiliser. Des fois, ils sont obligés de voir s'il y a des relais qui peuvent les aider dans la démarche. Parce qu'on ne peut pas laisser des personnes aussi comme ça ». (CHW, groupe de discussion 8, FR)

D'autre part, les CHW ont fait remarquer que l'orientation n'est pas toujours une bonne solution, car leurs bénéficiaires sont souvent confrontés à une mauvaise prestation de services de la part d'autres organismes, ce qui les désavantage et les empêche de recevoir une aide appropriée.

« Mais il peut aussi s'agir des organisations, qu'il soit victime de ces renvois. Tout le monde ouvre le parapluie, mais le bénéficiaire n'est pas aidé ». (CHW, groupe de discussion 7, NL)

Dans de tels cas, les CHW continuent d'assumer les tâches qui « relèvent de la compétence d'autres professionnels » afin de progresser (plus rapidement) et de soutenir le bénéficiaire.

Il semble également y avoir une grande « zone grise » quant aux tâches qui relèvent ou non de l'orientation vers de meilleurs soins de santé. Par exemple, les CHW ont fait valoir que certaines tâches peuvent également être nécessaires pour améliorer l'état de santé du bénéficiaire, par exemple en l'aidant à s'inscrire à un club de sport ou à des activités de loisirs. Ou parce que, dans le cas contraire, la personne se heurte toujours aux mêmes obstacles et n'avance pas dans l'accès aux soins de santé.

« Par exemple, notre travail consiste à nous adresser à la mutualité et à nous assurer que tout y est en ordre. Mais vous devez également disposer d'une adresse enregistrée. Il faut donc d'abord orienter le bénéficiaire vers la maison communale. L'enregistrement de votre adresse se fait sur rendez-vous. Vous y allez, vous n'y allez pas ? Et puis vous arrivez à cette partie de la mutualité. Oui, c'est un effet domino. Parfois, ils disent que vous pouvez le faire et parfois, ils disent le contraire. Avant tout, nous essayons de responsabiliser le bénéficiaire. Comment pouvons-nous enseigner au bénéficiaire à dire, d'accord, vous pouvez le faire par vous-même. Il faut donc utiliser Google Translate et éventuellement tracer le chemin, passer un coup de fil de rappel, etc. Mais ce n'est pas toujours possible. Certains obstacles subsistent. Vous ne vous en débarrasserez pas. Et puis, vous devez accompagner pendant un certain temps ». (CHW, groupe de discussion 1, NL)

De nombreux CHW ont également indiqué que ces tâches étaient parfois inévitables parce que les circonstances ne leur laissaient pas d'autre choix.

« Je ne dis pas que c'est le travail des CHW, mais dans la pratique, nous le faisons parfois. Par exemple, « ne pas appeler la police ». J'ai déjà appelé la police. Il n'y avait pas d'autre solution. La personne a dû appeler la police, mais n'a pas pu s'expliquer. J'ai dit : « Vous devez le faire vous-même », et deux jours plus tard, on vient nous dire : « ma fille a appelé ». Une jeune fille de 12 ou 13 ans a appelé la police. La police lui a demandé tant de choses qu'elle n'a pas pu comprendre. Elle s'est mise à pleurer. « Maman, je ne comprends pas, je ne sais pas », puis elle revient chez moi. Ensuite, je dois appeler la police et lui demander quelle est la procédure à suivre. [...] Qui d'autre va le faire ? ». (CHW, groupe de discussion 1, NL)

En ce qui concerne la traduction et l'interprétation, les CHW multilingues se retrouvent parfois dans des situations où leurs compétences linguistiques sont cruciales et où une simple interprétation, bien que ne faisant pas partie de leurs tâches, est nécessaire.

« Je suis en maison médicale une fois par semaine et un médecin arrive et me demande si je parle [une autre langue]. Je réponds par l'affirmative. Voudriez-vous interpréter ? Et j'ai répondu que non, je n'interprète pas. « Oui, oui, oui, mais c'est urgent. Madame attend dans la salle d'attente et elle s'est évanouie, nous avons essayé de la réanimer » [...]. Je dis oui, d'accord, je viens. À ce stade, c'est donc le choix qui s'impose, oui. Et j'ai interprété littéralement ce que dit le médecin et ce que dit le patient ». (CHW, groupe de discussion 1, NL)

Souvent, les CHW considèrent également que le fait d'accepter des tâches qui ne relèvent pas de leurs attributions est un élément essentiel de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs bénéficiaires.

« Il y a des personnes, je pense à une petite dame qui devient aveugle. Par exemple, je lis tout son courrier. Parce que je suis en fait sa personne de confiance. Mais je ne le ferai pas avec tout le monde. Et parce qu'il y a eu un mauvais accueil à la Ligue Braille. [...] il n'y a rien à faire, on reste des humains ». (CHW, groupe de discussion 8, FR)

En outre, certains CHW estiment que le fait de ne pas être autorisé à effectuer ces tâches n'est pas un accompagnement humain. Cela se traduit, par exemple, par l'interdiction de transporter des bénéficiaires.

« Moi je vais embêter encore le monde et peut-être dire des trucs qu'il faut pas, mais moi ce serait plus au niveau de conduire les bénéficiaires. En fait, ce qui se passe, c'est qu'au début, quand j'ai travaillé, moi, il faut savoir que mon territoire est très étendu. Et la plupart du temps, mes bénéficiaires, ils n'ont pas les moyens financiers pour prendre un transport. Moi ça me rend malade de savoir que moi je fais le chemin en voiture alors que la personne [malade, et avec des enfants] va prendre le bus alors que je passe devant chez la personne qui habite à côté de chez moi ». (CHW, groupe de discussion 6, FR)

Comme l'illustre également cette citation, certains CHW considèrent que les restrictions imposées à certaines tâches sont mentalement éprouvantes, car elles ne correspondent pas à leur propre vision et leur donnent l'impression de décevoir les gens. En outre, certains CHW estiment que cela n'est pas conforme à la conception du programme. En effet, on mise sur une proximité, une attention aux déterminants sociaux de la santé et la reconnaissance du fait que les soins de santé s'inscrivent dans un contexte plus large et que leur rôle est d'identifier les obstacles structurels.

Pour beaucoup, il est donc illogique et restrictif de ne pas être autorisé à effectuer certaines tâches qui pourraient en fait faciliter l'accès aux soins de santé.

« En tant que CHW, on est connu et reconnu dans nos quartiers et on est un peu des références pour nos publics parce que nous avons la chance d'aller vers ce public et donc d'être dans la rue, à domicile, dans leurs ASBL, dans leur lieu de vie [...]. Je comprends le rôle, ils sont là et on doit pas trop dévier, je suis tout à fait d'accord avec ça, et grâce à ces rôles, ça nous permet aussi de recadrer certaines situations. Mais il faut quand même nuancer parce qu'on est des travailleurs sociaux, on est sur le terrain, à côté des personnes, proche des personnes, le projet est prévu comme ça. Donc bien souvent, il y a des questions qui ne sont pas en lien avec la santé. Mais c'est normal ». (CHW, groupe de discussion 8, FR).

Certains CHW affirment dès lors que leur expérience leur permet de définir clairement leurs limites et d'évaluer, situation par situation, s'il est approprié d'entreprendre une tâche particulière. Ils ont indiqué qu'il fallait faire confiance à leur capacité à traiter cette question de manière responsable.

Animation de séances d'information

L'animation de séances d'information sur le système de santé et de soins fait partie des tâches des CHW et est incluse dans les tâches 1C² et 2A³. Il y est clairement stipulé que le contenu et le matériel utilisé doivent être validés au préalable par un expert. Il est par ailleurs précisé que les séances sur des sujets ne faisant pas partie de la mission principale des CHW ou pour lesquels les CHW n'ont pas reçu de formation spécifique ne relèvent pas de leurs tâches. Dans pareils cas, cependant, les CHW peuvent offrir un soutien ou renvoyer les participants vers un expert.

Ce dernier point n'a pas fait l'objet d'un consensus parmi les CHW, et les opinions semblaient en partie influencées par le lieu de travail et/ou l'ancienneté des CHW. Dans certaines villes, plusieurs séances d'information avaient déjà été organisées en collaboration avec des partenaires dès le début du programme, de sorte que les CHW ont trouvé illogique de ne plus être autorisés à le faire. Certains CHW ont indiqué avoir acquis beaucoup d'expertise sur certains sujets grâce à leurs années d'expérience et se sentir par conséquent compétents pour organiser une séance sur ce thème. Les CHW ont pour cette raison insisté sur le fait qu'il fallait avoir confiance dans leur capacité d'estimation de l'expertise qu'ils maîtrisent suffisamment pour animer une séance d'information ou non. En outre, ils affirment également communiquer clairement leur position aux participants.

« [Nous organisons des séances d'information] ... sur de nombreux sujets, oui. Animer, avec des groupes cibles différents. Nous nous adaptons donc au public et à la demande. Nous signalons toujours que nous ne sommes pas médecins et que nous ne faisons pas partie du corps médical. Souvent, par exemple, lorsque nous organisons une séance en collaboration avec une maison médicale, nous insistons toujours sur le fait que les gens doivent poser leurs questions à leur médecin. C'est vraiment l'essentiel. Nous donnons des informations, mais elles restent générales. L'objectif visé est surtout de susciter certaines questions et réflexions chez les gens ». (CHW, groupe de discussion 8, FR)

² « animer des séances d'information en groupe sur le système de santé à la demande d'une organisation, dans le cadre d'une permanence ou de sa propre initiative ».

³ « animer des séances d'information ou des présentations en groupe sur le système de soins dans un contexte culturel sensible ou aider d'autres organisations à cet égard ».

Enregistrement

L'une des tâches les plus discutées a été celle consistant à « enregistrer les interventions avec soin », qui relève du rôle 8. Les CHW ont indiqué comprendre que l'enregistrement était nécessaire pour les décideurs politiques et les autres parties prenantes. Ils ont reconnu que le document de tâches peut être un outil utile à cet égard, mais ont souligné l'importance de descriptions cohérentes entre le document de tâches et l'outil d'enregistrement, ce qui n'est pas le cas actuellement. En effet, en 2024, l'outil d'enregistrement a été mis à jour pour mieux aligner la description de rôle sur la pratique quotidienne des CHW. Toutefois, cette description actualisée ne correspond pas à celle figurant dans le document de tâches ou dans les descriptions de rôle sur le site web officiel. En outre, presque tous les CHW estiment que l'outil d'enregistrement n'est pas très convivial. Une autre source de frustration réside dans le fait que seuls les « résultats » sont enregistrés, alors que l'ensemble du processus de soutien n'est pas pris en compte. Par conséquent, les chiffres définitifs ne reflètent pas entièrement le travail qu'ils effectuent dans la pratique.

« On va introduire dans l'intervention, le titre [du rôle]. Si on vient lire, ça peut sembler que ça [l'intervention] a pris peut-être cinq minutes, mais alors que le travail, il a pris trois heures, il a pris une journée, il a pris plusieurs jours, [...] Ça ne me reflète pas le travail énorme que les CHW font sur le terrain ». (CHW, groupe de discussion 5, FR)

Qu'est-ce qui influence l'exécution des tâches ?

La manière dont les tâches sont exécutées varie d'un CHW à l'autre et d'une équipe à l'autre, car différents facteurs l'influencent. Ainsi, les besoins spécifiques des communautés dont s'occupent les CHW influencent les tâches qu'ils entreprendront plus ou moins souvent. Par exemple, l'aide aux nouveaux arrivants en Belgique nécessite l'exécution de tâches différentes par rapport à l'aide aux personnes âgées qui ont des difficultés à marcher.

En outre, la personnalité et la formation du CHW influencent également la manière dont les tâches sont exécutées. Cela devient évident, par exemple, lors des séances d'information : certains CHW se sentent à l'aise pour parler devant un groupe, tandis que d'autres ont plus de mal. Cela joue également un rôle dans le travail de proximité - alors que certains CHW aiment parler à des inconnus dans la rue ou faire du porte-à-porte, d'autres trouvent cela moins évident. Les CHW ont souligné que cette diversité de formations était en fait un atout majeur. La diversité de leurs expériences et de leurs compétences leur permet d'aborder les différents groupes cibles de manière appropriée et d'apporter un soutien qui correspond à la fois à leurs propres forces et aux besoins de la communauté.

« Ce qui est assez chouette dans notre métier, c'est qu'on a tous des compétences, des formations différentes, et je pense que c'est important de s'appuyer sur les forces de chacun et de pouvoir travailler en équipe sur ce qu'on peut améliorer. Et c'est ce qu'on fait personnellement dans notre région ». (CHW, groupe de discussion 5, FR)

La pertinence de certaines tâches varie également en fonction du lieu où les CHW sont actifs et des spécificités de leur fonctionnement local. Par exemple, les CHW des grandes villes disposant d'un bon réseau de transports en commun ne considèrent pas le transport des bénéficiaires comme une de leurs tâches. Pour les CHW travaillant dans des zones où l'accès aux prestataires de soins ou aux services de santé est limité, la situation est toutefois plus compliquée, car la mobilité y est un obstacle plus important. L'efficacité des tâches de proximité, comme les visites de porte à porte, varie également en fonction du contexte.

Certaines équipes considèrent cette approche comme un moyen précieux d'identifier les groupes cibles difficiles à atteindre et de les mettre en contact avec les services d'aide. Cependant, d'autres CHW perçoivent cette méthode comme inefficace et chronophage, par exemple lorsqu'après plusieurs heures, sonner aux portes ne donne guère de résultats concrets. En outre, certains CHW ont indiqué qu'ils ne se sentaient pas toujours en sécurité lorsqu'ils effectuaient cette forme de travail de proximité, en particulier lorsqu'ils travaillaient seuls dans des immeubles d'appartement mal éclairés ou dans des quartiers où le risque de confrontation est plus élevé.

Défis dans l'exécution des tâches

L'accomplissement de leurs rôles et tâches n'est pas toujours évident pour les CHW et s'accompagne de plusieurs défis. L'un des principaux défis réside dans la délimitation de leurs rôles et de leurs tâches. Bien que la description de rôle actuelle et le document de tâches élaboré soient déjà beaucoup plus clairs, cela arrive trop tard pour certains CHW. En effet, comme décrit dans la section ci-dessus, ils avaient déjà mis en place leur propre méthode de travail faute de directives claires au début du projet, et il leur est difficile de revenir en arrière aujourd'hui. En outre, la pratique s'avère souvent complexe, ce qui conduit les CHW à se retrouver régulièrement dans des situations où une stricte répartition des tâches est impossible. Par exemple, bien que leur rôle ne consiste pas à remplir des documents administratifs non médicaux pour les bénéficiaires, ils constatent dans la pratique que certaines personnes ne peuvent pas aller de l'avant sans leur aide. Cela donne lieu à des tensions entre ce que les CHW sont autorisés à faire selon la description de tâches et ce qu'ils estiment nécessaire dans la réalité.

Un autre défi est le double rôle que jouent parfois les CHW : d'une part, ils sont des personnes de confiance et des points de contact pour leurs bénéficiaires; d'autre part, ils travaillent en tant que travailleurs sociaux professionnels. Cela peut créer des tensions. Les bénéficiaires considèrent souvent les CHW comme des personnes faciles à approcher et accessibles, ce qui peut conduire à des attentes qui ne relèvent pas de leur rôle de CHW. Toutefois, les partenaires et les prestataires de soins de santé ont également certaines attentes à l'égard des CHW. Les CHW doivent constamment trouver un équilibre entre ces deux rôles, ce qui n'est pas toujours facile.

« J'ai par exemple eu un bénéficiaire et je l'ai accompagné au CPAS. Je connais ma tâche. Ma tâche consiste à répondre le plus honnêtement possible à ce que dit le bénéficiaire. Et ce que j'ai traduit, j'essaie de le retraduire au bénéficiaire: « J'ai dit ci et ça et ça ». Et à un moment donné, le bénéficiaire dit : « Non, pourquoi avez-vous dit cela ? Je vous l'ai dit à vous, mais pas pour le traduire ». Et puis j'ai dû être très clair : « Je ne peux pas mentir. Ça ne va pas. Ce que vous me demandez, je ne peux pas le faire ». Et donc, il y a en effet un abus de confiance quelque part pour elle. Mais je pense qu'il est très important qu'elle n'attende pas cela de nous. Oui, je suis désolé pour sa situation, vraiment. Mais je ne vais pas outrepasser mes droits en vous aidant. Je vais être aussi honnête que possible. C'est mon travail. C'est mon job. Et lorsque vous... Pas dans ces termes, mais quand vous l'expliquez, c'est comme si vous lui disiez : « Ah ! je ne suis que votre travail. Dans quelle mesure essayez-vous de m'aider en fin de compte ? » C'est le plus grand défi pour moi » (CHW, groupe de discussion 1, NL)

La charge émotionnelle et mentale constitue un autre défi pour les CHW. De par la nature de leur travail, les CHW sont souvent confrontés à des situations pénibles, telles que de graves problèmes de santé chez leurs bénéficiaires, ainsi que la pauvreté, la violence domestique, le sans-abrisme, etc.

Cela peut être épuisant sur le plan émotionnel, en particulier lorsque les CHW estiment ne pas disposer de suffisamment de ressources ou d'opportunités pour aider réellement les bénéficiaires à aller de l'avant. En outre, il peut être difficile de maintenir une distance professionnelle, en particulier lorsque le bénéficiaire établit une solide relation de confiance avec le CHW et lui fait part de nombreux problèmes personnels. Le sentiment d'impuissance, combiné au niveau élevé d'implication, peut être très stressant sur le plan mental.

« On n'a pas une base, on n'a pas des outils pour apprendre et pour se protéger aussi de la personne. Parfois on se met à la place de la bénéficiaire et c'est ça aussi qui nous rend un peu... triste, on est comme des éponges, les gens viennent et t'expliquent. Je peux dire aussi par rapport à la situation que j'étais, un bébé est décédé, alors j'ai fait beaucoup de choses avec cette famille-là. Quand j'ai contacté l'hôpital, ils m'ont dit que le petit ne va pas, il n'a pas survécu, quoi. Oui. Et c'était... J'ai pas pu dire ça à la mère qui était avec le petit en coma. Mais c'était... Je l'ai senti mal. » (CHW, groupe de discussion 6, FR)

Les caractéristiques spécifiques des personnes que les CHW soutiennent peuvent également être mentalement éprouvantes. Les CHW travaillent avec des groupes cibles très divers, y compris des personnes souffrant de problèmes complexes, tels que la dépendance ou des troubles mentaux. Par exemple, un suivi difficile, lorsqu'un bénéficiaire manque régulièrement ses rendez-vous et est difficile à joindre, peut être source de frustration. En outre, les bénéficiaires peuvent être exigeants, inconstants ou même agressifs (verbalement), ce qui exige beaucoup d'énergie et de résistance de la part des CHW. Par exemple, certains bénéficiaires s'attendent à ce qu'un CHW soit toujours disponible et ont du mal à accepter les limites. D'autres peuvent réagir de manière confuse, agressive ou imprévisible en raison d'une dépendance ou de problèmes mentaux. Certains CHW sont confrontés à des situations dangereuses dans le cadre de leur travail. Cela se produit également, par exemple, lors des activités de proximité, telles que des visites à domicile ou des rencontres avec des personnes dans la rue. Dans certains quartiers ou bâtiments, les CHW se sentent parfois en danger, en particulier lorsqu'ils travaillent seuls ou dans des environnements présentant un risque accru de criminalité ou d'agression. Ils peuvent également être confrontés à des situations menaçantes, telles que des tensions au sein de familles, des crises psychologiques ou des confrontations violentes. Tous les CHW ne se sentent pas suffisamment soutenus ou préparés pour faire face à ces risques.

[De quoi les CHW ont-ils besoin pour assurer une bonne exécution de leurs tâches ?](#)

Pour bien s'acquitter de leurs tâches, les CHW emploient déjà diverses stratégies. L'une des façons les plus importantes pour les CHW de mener à bien leur travail est de fixer des limites claires. Pour ce faire, ils communiquent clairement leurs tâches et leurs rôles aux bénéficiaires et aux partenaires, et évitent les fausses attentes.

« Comme on l'a dit, qu'on ne peut pas donner de conseils, qu'on est là pour l'écouter, la soutenir bien évidemment, mais on ne peut pas remplacer un professionnel de santé et donc ce qu'elle attend de nous, ce n'est pas possible, mais qu'on sera là pour la soutenir, pour l'orienter, l'accompagner au mieux vers le professionnel qui va vraiment lui apporter du soutien et de l'aide. Et pour la première rencontre, peut-être la soutenir en amenant une présence. Quand on ne peut pas, on ne peut pas. Même si la personne a besoin que nous, on répond à certaines questions, On ne peut pas prendre ce rôle-là parce que ce serait de notre responsabilité et la situation pourrait dégénérer ou autre ». (CHW, groupe de discussion 5, FR)

Comme l'illustre la citation ci-dessus, les CHW orientent les bénéficiaires au mieux de leurs capacités et assurent un transfert fluide et bienveillant vers les organisations ou l'assistance appropriée lorsqu'une demande d'aide ne relève pas de leurs compétences.

Néanmoins, les CHW sont confrontés à de nombreux défis qui compliquent l'accomplissement de leurs tâches et ils ont besoin d'un soutien supplémentaire pour continuer à faire leur travail de manière optimale. Un réseau solide dans lequel les CHW peuvent s'appuyer sur des collègues, des responsables d'équipe et l'équipe du projet est très important à cet égard. Des réunions d'équipe régulières et une structure de communication ouverte et claire contribuent à créer un sentiment d'appartenance et de soutien pour les CHW. La reconnaissance et la confiance sont ici essentielles. Les CHW indiquent qu'ils disposent souvent des connaissances et de l'expérience nécessaires et qu'ils sont conscients de leur mission et de leurs limites. Comme nous l'avons vu précédemment, ils se trouvent parfois dans l'obligation d'assumer des tâches qui ne relèvent pas de leurs attributions. Par exemple, fournir un soutien administratif, comme faciliter l'enregistrement auprès de la commune, en tant qu'étape intermédiaire dans l'accès aux soins de santé. Il est donc important pour eux que leur travail soit reconnu tant par les partenaires, mais aussi par leurs collègues, les responsables d'équipe et les coordinateurs, et que ces derniers aient confiance dans leurs décisions et leurs jugements professionnels. Cela leur permet d'accomplir leurs tâches avec plus de certitude et d'efficacité.

En outre, pour les CHW, un soutien psychologique supplémentaire pour faire face à la charge mentale de leur travail est plus que bienvenu. Les CHW travaillent avec des personnes en situation de vulnérabilité et sont confrontés à des situations complexes et chargées émotionnellement. Certains CHW déclarent avoir besoin d'un soutien immédiat et d'exprimer leurs expériences après des situations difficiles. Pour certains, parler à des collègues ou au responsable d'équipe est un soutien suffisant, tandis que d'autres ont besoin d'une aide plus externe et spécialisée pour faire face à ces défis. En outre, un soutien systématique, par exemple par le biais d'une supervision régulière ou de moments d'intervention, peut les aider à mieux relever ces défis.

Les CHW indiquent également que des outils pratiques peuvent les aider considérablement dans leur travail. Par exemple, un outil d'enregistrement plus convivial pourrait les aider à enregistrer leurs interventions plus efficacement. En outre, de petits achats, comme du café ou des biscuits à offrir aux bénéficiaires lors des permanences ou des activités de proximité, peuvent aider à établir des contacts et à faciliter les entretiens (de prise de connaissance). Ce soutien pratique permet aux CHW de travailler plus efficacement et d'utiliser au mieux leur temps et leur énergie.

3.2 Rôles et tâches des responsables d'équipe

Six responsables d'équipe ont participé à deux entretiens de groupe de discussion : un néerlandophone et un francophone. Cette section du rapport de recherche examine les résultats de ces entretiens et présente un format similaire à celui de l'analyse des résultats des entretiens de groupe de discussion des CHW. Tout d'abord, les réactions aux vignettes ont été examinées. Elle approfondit ensuite les résultats d'un exercice post-it au cours duquel les responsables d'équipe participants ont indiqué les tâches qu'ils estiment importantes ou moins importantes et les ajustements nécessaires. Enfin, nous examinons les domaines dans lesquels les responsables d'équipe perçoivent des défis et des opportunités dans leur travail.

3.2.1 Résultats de l'étude des vignettes des responsables d'équipe

Comme pour les entretiens de groupe de discussion avec les CHW, des vignettes ont également été utilisées avec les responsables d'équipe. Ces vignettes ne visaient pas à vérifier leurs propres rôles et tâches, mais plutôt à connaître leur point de vue sur les rôles et les tâches des CHW et sur la manière dont ils gèreraient, en tant que responsables, les situations où un manque de clarté ou une incertitude en matière de rôle se pose pour les CHW. Un responsable d'équipe a été invité à lire chaque vignette à haute voix et à y répondre de son propre point de vue. La vignette a ensuite été discutée avec les autres responsables d'équipe.

Trois situations hypothétiques inspirées de situations réelles ont été examinées, sur la base de vignettes qui ont également été présentées aux CHW. Ci-dessous, les réactions des responsables d'équipe sont analysées et comparées à celles des CHW pour une vignette similaire.

Vignette 1

En tant que responsable d'équipe, vous êtes contacté par une école locale pour une demande urgente. Ils souhaitent que vous et votre équipe de CHW animiez une séance d'information à un groupe de parents sur une alimentation et un mode de vie sains pour leurs enfants. L'école souligne qu'il y a un grand manque d'éducation à la santé dans le quartier et que de nombreux parents se posent des questions. Ils pensent qu'en raison de vos bonnes relations avec la communauté, votre équipe peut diriger la séance. Bien que le sujet ne fasse pas partie de la mission principale des CHW et que vous sachiez que votre équipe n'a pas reçu de formation spécifique à ce sujet, vous vous sentez obligé d'accepter. L'école fait valoir que votre lien étroit avec les parents est justement essentiel à la réussite de la séance, et qu'un expert externe ne bénéficierait pas du même niveau de confiance. Les parents attendent de votre équipe qu'elle les aide, mais vous savez aussi qu'elle n'est peut-être pas tout à fait prête à répondre aux questions sur une alimentation saine et des problèmes de santé spécifiques.

Les responsables d'équipe ont été unanimes sur ce point : la dispense de formations sur des sujets tels qu'une alimentation ou un mode de vie sain ne fait pas partie des tâches des CHW. Toutefois, ils peuvent orienter les bénéficiaires vers des partenaires externes, tels qu'un diététicien ou un nutritionniste, qui peuvent assurer de telles séances. Dans ce cas, un CHW peut être présent pour apporter son soutien ou pour expliquer le programme CHW pendant la séance.

Ce point de vue est conforme aux réactions de certains CHW à une étude de cas similaire (voir vignette 2 dans les résultats des CHW, page X). Dans le même temps, un groupe de CHW a indiqué avoir suffisamment de connaissances et d'expertise pour expliquer eux-mêmes certains sujets, à condition de préciser qu'ils n'ont pas de formation médicale.

Vignette 2

L'un de vos CHW vous parle d'un bénéficiaire, Jean, un homme âgé ayant des problèmes de mobilité. Jean a été renvoyé par un médecin traitant vers un centre de réhabilitation pour plusieurs séances. Au cours de leur contact, le CHW a remarqué que Jean avait besoin d'une aide supplémentaire : il est très incertain quant à la prise de rendez-vous et il est probable qu'il ne parvienne pas à le contacter lui-même. Le CHW aimerait donc organiser le rendez-vous pour Jean et l'accompagner au premier rendez-vous. Cependant, vous savez par expérience que Jean aura probablement besoin d'un soutien pour les séances restantes et que les centres de réhabilitation ne relèvent pas du domaine des soins de santé.

Les responsables d'équipe ont identifié plusieurs tâches pour le CHW dans cette vignette. Dans un premier temps, ils jugent acceptable que le CHW accompagne Jean lors d'un premier rendez-vous. Cependant, il est important de mettre l'accent sur l'autonomisation de Jean afin qu'il comprenne que ce soutien est ponctuel. Après tout, ce n'est pas le rôle du CHW de continuer à le soutenir structurellement pour ces rendez-vous.

Les responsables d'équipe ont également insisté sur le fait que le CHW devait s'enquérir du réseau existant autour de Jean. Connait-il déjà des organisations qui peuvent lui fournir un transport et un soutien ? Y a-t-il quelqu'un dans son réseau personnel - par exemple un voisin, un ami ou un parent - qui peut l'aider davantage ? Si tel est le cas, le CHW peut éventuellement l'accompagner une fois, mais après cela, un transfert vers le réseau existant devrait avoir lieu. Cependant, les responsables d'équipe savent par expérience que dans de nombreux cas, il n'y a que peu ou pas de réseau disponible. Par conséquent, ils estiment également important d'identifier activement ce problème afin que des actions ciblées puissent être entreprises pour soutenir Jean.

Vignette 3

L'un de vos CHW accompagne Fatima, une jeune mère célibataire récemment arrivée en Belgique, qui a besoin d'aide pour s'orienter dans le système de soins de santé. Fatima souffre de diabète, et un suivi étroit est nécessaire car, au cours de son lourd parcours de migration, sa résistance s'est affaiblie et elle risque donc de graves complications. Cependant, Fatima manque régulièrement ses rendez-vous, n'explique pas toujours pourquoi elle ne se présente pas et ne répond plus aux tentatives de contact du CHW. Fatima n'a guère confiance dans les travailleurs sociaux et le CHW ne sait pas comment procéder : doit-il continuer à essayer de l'impliquer et de lui assurer des soins, ou doit-il respecter son autonomie, même si cela signifie qu'elle risque de ne pas recevoir de soins ? De plus, le CHW s'inquiète pour le jeune enfant de Fatima, car elle n'a pas de réseau autour d'elle.

En ce qui concerne cette vignette, les points de vue des responsables d'équipe correspondent bien à ceux des CHW dans l'étude de cas similaire (voir vignette 6, p. XX). Les responsables d'équipe ont totalement confiance en la capacité des CHW à évaluer correctement la situation, à rester en contact avec le contexte et à prendre des décisions appropriées. Ils soulignent qu'ils écouteront d'abord comment le CHW perçoit la situation et quelles mesures ont déjà été prises. Ce faisant, l'accent est mis sur l'identification correcte des besoins et des questions de Fatima et sur l'établissement d'une relation de confiance, en accordant une attention particulière au jeune enfant. Les responsables d'équipe estiment qu'il est essentiel de ne pas exercer de pression excessive sur Fatima, mais d'instaurer progressivement et de maintenir la confiance.

Ils soulignent également l'importance des souhaits de Fatima elle-même. Malgré les bonnes intentions des CHW, il se peut qu'elle ne souhaite pas être aidée. Dans ce cas, il est essentiel pour les responsables d'équipe que le CHW précise clairement les limites de son rôle et, si nécessaire, qu'il se dessaisisse du dossier. Cela signifie que le CHW n'effectue plus de suivi actif, mais indique que la porte reste entrouverte. Si Fatima a encore besoin d'aide à l'avenir, elle sait qu'elle peut toujours s'adresser à nouveau au CHW.

3.2.2 Examen du document de tâches par les responsables d'équipe

Les responsables d'équipe ont été invités à indiquer trois tâches qu'ils estiment les plus importantes et trois tâches moins importantes dans le cadre de leur description de tâches actuelle.

Ces choix ont ensuite été discutés, ainsi que les ajustements possibles au document de tâches et la façon dont les responsables d'équipe percevaient leurs rôles et leurs tâches.

Tâches importantes

L'identification des trois tâches les plus importantes ne s'est pas révélée simple pour les responsables d'équipe, car beaucoup de leurs tâches sont, selon eux, essentielles. Néanmoins, les réponses, présentées dans le tableau ci-dessous, offrent un aperçu intéressant. Six des neuf tâches choisies relèvent des rôles de « direction » et de « coaching », démontrant clairement où se situent les priorités des responsables d'équipe. Les tâches les plus fréquemment choisies concernent le « soutien aux CHW », la « création d'un environnement de travail sûr » et l'« intégration du programme CHW dans le contexte local en travaillant avec le réseau local de santé et de soins ». Très souvent, les responsables d'équipe se sont montrés d'accord entre eux sur le choix de certaines tâches et confirmaient leurs points de vue respectifs.

Le « soutien aux CHW » est jugé essentiel, car ils travaillent généralement seuls sur le terrain et sont confrontés à des problèmes complexes et lourds. Les tâches relatives au « suivi du CHW sur le terrain » et au « renforcement des connaissances des CHW », choisies à deux reprises, vont également dans ce sens. Les responsables d'équipe ont indiqué qu'ils adaptaient toujours ces tâches aux besoins et aux exigences de leurs équipes.

« Et c'est ce que nous faisons tous, c'est vraiment fournir cette direction ciblée là où nos équipes ont besoin de nous. Car toutes les équipes et tous les individus ne sont pas identiques. Et il y a des gens qui sont eux-mêmes très forts en matière de réseau ou très forts en matière de proximité ou très forts sur le plan mental, ou qui ne le sont pas du tout. [...] Cela varie donc beaucoup d'une équipe à l'autre. Ou d'une personne à l'autre, oui. Voilà. C'est donc ce que nous devons faire. Et il y a déjà aussi beaucoup d'accents différents à cet égard. En fait, vous assurez vraiment un coaching sur mesure ». (Responsable d'équipe)

Les responsables d'équipe soulignent par ailleurs qu'un bon réseau est essentiel pour assurer un suivi et un accompagnement efficaces aux bénéficiaires. L'une de leurs principales tâches consiste dès lors à « établir les contacts nécessaires à la création de ce réseau » et à intégrer le programme CHW dans leur contexte local. La tâche consistant à « créer un cadre et définir une orientation au sein de la commune ou de la ville », mentionnée à deux reprises, va également dans ce sens.

En outre, les responsables d'équipe indiquent que leurs qualités personnelles contribuent à déterminer l'importance qu'ils accordent à leurs différents rôles. Par exemple, un responsable d'équipe doué pour le coaching mettra davantage l'accent sur ce point, tandis qu'une personne douée pour le travail en réseau y consacrera davantage d'efforts.

Tableau 4 : Tâches importantes indiquées par les responsables d'équipe lors de l'exercice post-it

Tâche <i>Le numéro fait référence au rôle et la lettre à la tâche associée.</i>	Rôle	Nombre de responsables d'équipe ayant cette tâche d'« importante ».
1A. Établir des contacts avec le réseau de santé et de soins de la commune ou de la ville afin d'initier des liens de collaborations et de sensibiliser au fonctionnement CHW.	1. Construire et entretenir un réseau	3
2B. Assurer un environnement de travail sûr qui permette au CHW d'assumer pleinement son rôle de soutien.	2. Donner une direction	3
3C. Motiver et soutenir le CHW dans l'exercice de son rôle	3. Coaching	3
2A. Créer le cadre et donner la direction dans la commune/ville en fonction de l'objectif du CHW.	2. Donner une direction	2
2C. Contrôler le fonctionnement de chaque CHW sur le terrain et procéder aux ajustements nécessaires.	2. Donner une direction	2
3A. Renforcer les connaissances des CHW dans l'application des bonnes redirections sur le terrain.	3. Coaching	2
3B. Favoriser l'échange d'expériences au sein de l'équipe, notamment en organisant régulièrement des interventions.	3. Coaching	1
4A. Participer à l'amélioration/au développement des outils/procédures afin d'optimiser le travail des CHW (enregistrement, communication, outils, etc.).	4. Développement du projet	1
4D. Fait un feed-back des informations recueillies sur le terrain à la gestion de projet et aux collègues superviseurs/coaches.	4. Développement du projet	1

Tâches moins importantes

Comme pour les CHW, le choix de trois tâches moins importantes ne s'est pas révélé simple pour les responsables d'équipe, étant donné qu'ils jugent toutes les tâches pertinentes. Tous les responsables d'équipe n'ont par conséquent pas désigné trois tâches. Les tâches les plus souvent mentionnées (voir tableau ci-dessous) sont celles que les responsables d'équipe estiment relever en fait de la responsabilité d'autres personnes, ce qui, dans la pratique, est souvent déjà le cas. Par exemple, le soutien administratif des *Ressources humaines* (RH) et la planification des formations, tâches prises en charge par le responsable des RH. Toutefois, ils ont indiqué qu'il était important pour eux de rester informés ou d'avoir leur mot à dire sur certaines questions liées aux ressources humaines, par exemple en recevant une copie des courriels concernant les absences pour cause de maladie des CHW ou en continuant à avoir la possibilité de donner leur avis sur les formations pertinentes. De même, les responsables d'équipe considèrent que le « développement d'outils et de procédures pour optimiser le travail des CHW » est une tâche qui incombe aux coordinateurs plutôt qu'à eux-mêmes.

« Cette tâche 's'engager de manière proactive dans la mise en œuvre des outils/procédures développées'. Nous pouvons donner notre avis et traduire clairement notre fonctionnement sur ce que font les CHW et ce qui est bon pour eux, mais cette proactivité et cette mise en route, ce n'est pas pour nous ». (Responsable d'équipe)

Une responsable d'équipe a indiqué que même la « sélection des nouveaux travailleurs ne faisait pas partie de ses tâches », car elle était effectuée par le coordinateur régional et qu'elle lui faisait entièrement confiance. La « participation à différents groupes de travail » a été jugée moins pertinente par la plupart des responsables d'équipe, car la participation simultanée à différents groupes de travail à certains moments du programme s'est avérée très énergivore et n'a pas toujours produit des résultats clairs ou productifs.

L'une des tâches mentionnées parmi les tâches importantes et moins importantes consistait à « suivre les CHW sur le terrain et procéder à des ajustements si nécessaire ». Bien que tous considèrent cet aspect comme important, certains responsables d'équipe l'ont également jugé difficilement réalisable. Le suivi de tous les CHW sur le terrain prend beaucoup de temps, en particulier dans les grandes équipes. En outre, il a été noté qu'il n'est pas toujours possible, d'un point de vue éthique, de le faire, par exemple pour ne pas perturber la relation de confiance avec un bénéficiaire. En outre, les responsables d'équipe ont indiqué qu'il s'agissait également de faire confiance à leurs CHW, qui ont l'expérience nécessaire et peuvent travailler en toute autonomie. Les responsables d'équipe se sont donc demandé s'il fallait inclure cette tâche comme « obligatoire » dans la description.

Tableau 5 : Tâches moins importantes selon les responsables d'équipe dans l'exercice post-it

Tâche <i>Le numéro fait référence au rôle et la lettre à la tâche associée.</i>	Rôle	Nombre de responsables d'équipe ayant qualifié cette tâche de « moins importante ».
5B. Être responsable des contributions au soutien RH (états de prestation, congés, maladies, frais, etc.)	5. Gestion du personnel	5
4C. Participer aux différents groupes de travail	4. Développement du projet	3
3D. Aider dans l'organisation et le planning des formations pour le CHW.	3. Coaching	2
2C. Contrôler le fonctionnement de chaque CHW sur le terrain et procéder aux ajustements nécessaires.	2. Donner une direction	1
1C. Entretenir de bonnes relations professionnelles avec les autres acteurs sur les terrains	1. Construire et entretenir un réseau	1
4B. S'engager de manière proactive dans la mise en œuvre des outils/procédures développées	4. Développement du projet	1
4F. Collabore activement dans les recherches	4. Développement du projet	1
5D. Participer à la sélection de nouveaux membres de l'équipe	5. Gestion du personnel	1

Adaptations à la description de tâches

Les responsables d'équipe ont généralement estimé que le document de tâches était exact. Cependant, comme décrit ci-dessus, il y a des tâches qu'ils estimaient auparavant comme relevant de la responsabilité d'autres personnes et pour lesquelles le responsable d'équipe peut jouer un rôle de soutien. Ils ont suggéré que cela soit précisé plus clairement dans la description de tâches afin de mieux refléter la réalité de leur travail.

En outre, les entretiens ont soulevé certains points qui, selon les responsables d'équipe, permettraient de mieux définir leurs tâches. Ils ont par conséquent souligné que la mise en réseau va au-delà du secteur de la santé et des soins et inclut des collaborations et des concertations régulières avec les partenaires sociaux. Ils ont en outre indiqué, comme l'ont également fait les CHW, que les tâches liées à la mise en place et au maintien des collaborations pourraient être plus explicitement incluses dans leurs attributions, car ils y consacrent beaucoup de temps et d'énergie.

Défis et opportunités relatifs à l'exécution des tâches pour les responsables d'équipe

Tout comme les CHW, les responsables d'équipe sont confrontés à différents défis dans leur travail. Par exemple, ils ont indiqué que leurs forces différaient dans certains domaines, ce qu'ils voient en même temps comme une occasion d'apprendre les uns des autres. Ils souhaitent mettre davantage l'accent sur la possibilité d'échanger des expériences et de partager leur expertise afin d'apprendre les uns des autres et de renforcer ainsi leurs compétences.

Un défi supplémentaire réside dans le fait que chaque responsable d'équipe travaille de manière indépendante dans un domaine spécifique, ce qui signifie qu'il doit souvent trouver son chemin dans un contexte local unique.

Cela conduit les responsables d'équipe à mettre l'accent sur certains aspects de leur travail en fonction des besoins de leur zone d'action, ce qui entraîne des divergences d'opinion sur les tâches et les priorités. Dans certaines équipes, par exemple, l'accent est mis sur le travail de proximité, alors que dans d'autres régions, cette priorité est moindre.

En outre, les responsables d'équipe ont souligné que le démarrage rapide du programme a entraîné un manque de structure et de procédures au cours de la première année du projet. Comme les CHW, ils ont parfois dû développer eux-mêmes une méthode de travail ou prendre la suite de responsables d'équipe qui en avaient élaboré une de leur propre initiative. Dans leur propre concrétisation, les responsables d'équipe voient à la fois des avantages et des inconvénients : l'absence de directives claires représente parfois un obstacle à une approche uniforme au sein du programme mais leur permet en revanche d'adapter leurs méthodes de travail au contexte spécifique dans lequel ils travaillent. Le défi consiste dès lors à trouver un équilibre entre structure et autonomie. Il arrive également que l'équipe de projet donne des instructions ou des directives que le responsable d'équipe doit transmettre à l'équipe, même s'il ne les soutient pas entièrement lui-même.

« Nous sommes en fin de compte les yeux et les oreilles du programme et nous devons être en mesure d'expliquer ce qui se passe et comment cela se passe. Et ce, dans les deux sens, tout en étant capable de relayer les informations déterminées par l'équipe de projet auprès des équipes. Oui, c'est parfois difficile car, en tant que responsable d'équipe, je ne suis pas toujours d'accord avec une décision de l'équipe projet. Et pourtant, c'est comme ça qu'il faut faire ».

Dans ce contexte, les responsables d'équipe estiment essentiel que leurs signaux et leur feed-back aux coordinateurs et à la direction du projet soient pris au sérieux et fassent l'objet d'un suivi. Par le biais de questionnaires ou de signaux directs, ils ont déjà demandé à plusieurs reprises des directives claires sur certains aspects de leur travail. Cependant, il est frustrant de constater que le suivi n'est pas assuré ou qu'il n'est pas clair, car cela les met dans une position délicate vis-à-vis de leurs équipes. Un exemple concret est celui de l'enregistrement des interventions : les CHW ont des questions et des besoins variés à ce sujet, qui sont transmis par les responsables d'équipe, mais l'adaptation de l'outil ou la clarification des directives prend parfois du temps. Une bonne collaboration avec le coordinateur régional est cruciale dans de tels cas, car elle peut apporter de la clarté et soutenir les responsables d'équipe.

Enfin, les responsables d'équipe sont très attachés à leurs équipes et aux CHW, et veillent à assurer un environnement de travail sûr et favorable aux CHW. Cela n'est pas toujours évident ; par exemple, les responsables d'équipe constatent que les CHW peuvent être mentalement épuisés par les problèmes difficiles et complexes auxquels ils sont confrontés. Il est parfois difficile pour les responsables d'équipe d'apporter le soutien nécessaire dans ce domaine, parce qu'ils ne sont pas eux-mêmes formés à cet effet ou qu'ils ne disposent pas des ressources nécessaires pour engager quelqu'un à cet effet. C'est pourquoi ils plaident pour un soutien psychologique plus externe, facilité par l'équipe projet.

« Cette intervention est une très bonne chose, mais n'a pas encore lieu, ou bien trop peu. Et je trouve vraiment que, [...], ça pourrait être beaucoup mieux, ce soutien psychologique ».

Ce besoin est exprimé tant par les responsables d'équipe que les CHW eux-mêmes.

4 Discussion

Dans ce qui suit, les résultats de la recherche sont examinés à la lumière de la littérature scientifique internationale.

4.1 Rôles et tâches des CHW

Ces dernières années, le programme CHW belge s'est fortement axé sur le développement d'un cadre clair pour les rôles et les tâches des CHW. Ce processus était initialement basé sur le projet C3 (The Community Health Worker Core Consensus) des États-Unis (Rosenthal et al., 2018). Par conséquent, la description de rôle des CHW belges s'aligne largement sur les programmes CHW internationaux. En même temps, le contexte local influence la définition des rôles (Niang, 2020). Dans le cadre du programme CHW, par exemple, le contexte politique belge donne lieu à certaines délimitations spécifiques. Les CHW ne se concentrent par exemple pas sur la prévention et n'administrent aucun soin médical. La présente étude a été réalisée afin d'affiner ces rôles et ces tâches et de les aligner correctement sur la pratique quotidienne des CHW. Inclure la voix et l'expérience des CHW est une étape cruciale dans l'établissement d'une description de rôle et de tâches précise (Glenton et al., 2021). Elle permet de mieux refléter les pratiques et les besoins des communautés. Cela accroît non seulement l'efficacité du travail des CHW, mais contribue aussi à les impliquer dans le programme et à renforcer leur motivation, car ils se sentent écoutés et valorisés.

4.2 Importance d'une délimitation claire des rôles et des tâches

Les résultats montrent qu'une délimitation claire des rôles et des tâches est très importante pour les CHW, et ce, pour plusieurs raisons. Elle leur fournit non seulement des orientations et des conseils, mais offre aussi de la clarté aux partenaires et aux bénéficiaires. En outre, elle peut également contribuer à l'autonomisation des bénéficiaires en leur demandant de prendre eux-mêmes d'autres mesures lorsque le soutien des CHW prend fin. Cela rejoint la littérature existante, qui souligne qu'un rôle bien défini est essentiel pour la reconnaissance et l'appréciation des CHW au sein de la communauté et du système de santé (Colvin et al., 2021; Perry et al., 2021). Une délimitation claire permet non seulement d'intégrer les CHW dans le système de santé, mais aussi de communiquer de manière réaliste avec le groupe cible (Crigler, Hill, et al., 2013). Pour les CHW débutants, au sein des équipes actuelles ou si le programme devait s'étendre géographiquement, la description de tâches est très utile. Cependant, pour certains CHW de longue date, l'introduction d'une description de tâches claire arrive trop tard. Les CHW actifs depuis le début du programme ont en grande partie défini eux-mêmes leurs tâches et leurs rôles faute de directives. Cette concrétisation ne correspond pas toujours entièrement à la description de tâches élaborée, ce qui peut provoquer des tensions. Dans certains cas, les tâches précédemment effectuées par les CHW, telles que l'aide aux tâches administratives qui ne sont pas liées à la santé, ne peuvent plus être réalisées dans le contexte actuel. Cela crée de la confusion parmi les bénéficiaires et les partenaires et rend difficile pour les CHW d'ajuster les attentes, en particulier lorsqu'ils ne soutiennent pas eux-mêmes pleinement les changements. Il est dès lors essentiel que les CHW aient la possibilité de fournir un feedback au cours du processus de délimitation des rôles et des tâches. Un dialogue ouvert entre l'équipe du projet, les coordinateurs, les responsables d'équipe et les CHW favorise une prise de décision inclusive (Glenton et al., 2021). Il permet à toutes les parties prenantes de se sentir écoutées et à la communication sur les rôles et les tâches d'être claire et sans ambiguïté.

4.3 Défis liés à la délimitation claire des tâches

Si une description de tâches claire apporte de la clarté, cette délimitation s'avère aussi parfois un obstacle au travail des CHW, en particulier lorsque les demandes des bénéficiaires ou le contexte placent les CHW dans une position délicate où le fait de ne pas assumer une tâche leur semble problématique. Les CHW indiquent que lorsque les demandes ne relèvent pas de leur rôle, ils essaient d'abord d'orienter les bénéficiaires ou de les encourager à surmonter eux-mêmes les obstacles. Toutefois, dans la pratique, l'orientation n'est pas toujours une solution, car les bénéficiaires sont souvent confrontés à une mauvaise prestation de services, ce qui signifie qu'ils ne reçoivent toujours pas l'aide nécessaire. Dans de tels cas, les CHW se chargent parfois de ces tâches afin de progresser et d'aider le bénéficiaire. Ces résultats sont cohérents avec la littérature scientifique internationale qui indique que les CHW sont souvent confrontés à l'ambiguïté de leur rôle et à la tension entre les attentes de la communauté et les réglementations du système de santé (Mhlongo et al., 2020; Schaaf et al., 2020).

En outre, les CHW souffrent parfois des dilemmes moraux lorsqu'ils ne sont pas autorisés à assumer certaines tâches qu'ils jugent essentielles pour soutenir le bénéficiaire, comme l'inscription auprès de la commune, l'aide à l'administration financière ou le transport. Pour beaucoup, il est difficile de refuser ces tâches parce que cela pourrait nuire à leur relation de confiance avec les bénéficiaires ou parce qu'ils estiment que c'est moralement incorrect. Ces tensions sont également décrites dans la littérature : Les CHW subissent souvent un stress émotionnel lorsqu'ils sont face à des dilemmes moraux et à des attentes contradictoires (Glenton et al., 2021). Outre ces tensions, le travail des CHW implique déjà une charge mentale et émotionnelle importante. Ils sont régulièrement confrontés à des situations dramatiques telles que la pauvreté, la violence domestique, le sans-abrisme et de graves problèmes de santé. Les CHW indiquent que cela peut être épuisant, en particulier lorsqu'ils estiment ne pas disposer de suffisamment de ressources ou d'opportunités pour aider réellement leurs bénéficiaires à aller de l'avant. Cela est confirmé par la recherche qui souligne le poids émotionnel de ce travail (Glenton et al., 2021; Hartzler et al., 2018). Les CHW sont constamment confrontés à des défis sanitaires et sociaux complexes au sein des communautés qu'ils soutiennent. En outre, les CHW ne disposent pas toujours d'un soutien ou d'outils suffisants pour faire face à cette charge mentale. La recherche suggère qu'un environnement de travail de soutien, avec accès à une supervision, à un soutien des pairs et à une aide psychologique, est essentiel pour renforcer la résilience mentale des CHW (Mhlongo et al., 2020). C'est également ce qu'indiquent les CHW dans la recherche : selon eux, un réseau solide de collègues, de responsables d'équipe et de coordinateurs les soutient dans l'accomplissement de leur travail avec plus de certitude. En outre, certains d'entre eux ressentent le besoin d'un soutien psychologique, en particulier après des situations émotionnellement stressantes. Une supervision régulière et des moments d'intervision peuvent être utiles.

4.3.1 Facteurs influençant l'exécution des tâches des CHW

Les résultats montrent que la manière dont les CHW accomplissent leurs tâches est influencée à la fois par les besoins spécifiques de la communauté et par l'expérience et la personnalité du CHW proprement dit. La littérature internationale décrit également cette dynamique. Les problèmes de santé au sein d'une communauté et son contexte culturel aident à déterminer les rôles et les tâches qui sont essentiels (Glenton et al., 2021). En outre, la personnalité, les compétences et la motivation des CHW jouent un rôle dans les tâches qu'ils assument (Hartzler et al., 2018).

Par exemple, les CHW de nature extravertie ont tendance à avoir un style de communication différent et à exceller dans les tâches de proximité, tandis que les CHW introvertis sont plus doués pour les interactions individuelles (Glenton et al., 2021). Cette diversité permet aux CHW de tirer parti de leurs points forts et de s'aligner sur les besoins de la communauté (Glenton et al., 2021; Hartzler et al., 2018). Les CHW belges le voient comme une grande valeur ajoutée, car cela leur permet d'apporter un soutien sur mesure. Dans le même temps, cette variation entraîne des défis, tels que l'incertitude quant à la délimitation des tâches et la charge émotionnelle du travail. La résilience des CHW peut être mise à l'épreuve, et ceux plus sensibles au stress sont davantage susceptibles de souffrir d'insécurité quant à leur rôle (Glenton et al.). Des réactions difficiles de la part des bénéficiaires ou des partenaires peuvent également y contribuer, en donnant aux CHW un sentiment d'insécurité ou de moindre compétence. Un environnement de travail de soutien est par conséquent essentiel (Mhlongo et al., 2020).

4.3.2 Déterminants sociaux de la santé et rôles des CHW

Les limites d'une délimitation trop stricte des rôles deviennent particulièrement évidentes lorsque les CHW ne peuvent pas s'attaquer de manière adéquate aux déterminants sociaux de la santé (Lewin, Lehmann, & Perry, 2021). Certains CHW estiment que le fait de ne pas être autorisés à effectuer certaines tâches est en contradiction avec l'approche de proximité du programme et la reconnaissance des déterminants sociaux de la santé, sur lesquels le programme est basé. Les résultats de la recherche montrent l'existence d'une zone grise entre les tâches relevant strictement des soins de santé et l'aide sociale au sens large. Certains CHW affirment que certaines tâches, telles que l'aide à l'inscription dans un club sportif ou l'accompagnement dans les démarches administratives, contribuent indirectement à l'amélioration de l'état de santé et ne peuvent donc pas être simplement exclues.

Le besoin ressenti par les CHW de pouvoir et d'être autorisés à fournir un soutien social plus large est étayé par la recherche scientifique. Les études montrent que les CHW jouent un rôle essentiel dans la prise en compte des déterminants sociaux, ce qui est crucial pour la réduction des inégalités en matière de santé et la mise en place de soins primaires intégrés (Vandenbroeck & Braes, 2020). Grâce à leur position unique au sein des communautés, les CHW peuvent jouer un rôle important dans la prise en compte de ces déterminants, par exemple en apportant un soutien financier et administratif ou une aide au logement (Damio, Ferraro, London, Pérez-Escamilla, & Wiggins, 2017). La pandémie de COVID-19 a encore souligné cette importance et a contribué à la création du programme CHW belge. L'identification des inégalités structurelles étant un aspect essentiel du programme CHW belge, il est d'autant plus important de prêter attention aux déterminants sociaux. C'est précisément en se concentrant sur ces déterminants plus larges de la santé que les CHW peuvent aussi se faire les défenseurs du changement social (Capotescu et al., 2022 ; Hartzler et al., 2018 ; Schaaf et al., 2020). Les CHW identifient les obstacles auxquels les personnes en situation de vulnérabilité sociale sont confrontées dans leur trajet de soins de santé et s'efforcent de les éliminer. Grâce à leur approche holistique des soins de santé, le contexte plus large du patient est pris en compte et la voix des communautés est entendue (Capotescu et al., 2022).

4.4 Rôles et tâches des responsables d'équipe

Selon les résultats de la recherche, les responsables d'équipe considèrent l'accompagnement de leurs équipes et la création d'un environnement de travail sûr et de soutien comme des tâches prioritaires.

Cela rejoint la littérature, qui décrit comment les responsables d'équipe jouent un rôle actif dans le soutien des CHW en fournissant un accompagnement et un feed-back et en s'assurant que les CHW disposent des ressources et du soutien nécessaires pour effectuer leur travail de manière efficace (LeBan et al., 2021). En outre, les responsables d'équipe ont également considéré la création de réseaux comme l'une de leurs tâches essentielles, soulignant qu'un bon réseau est important pour ancrer le programme CHW dans le contexte local. En effet, les responsables d'équipe agissent souvent non seulement comme des superviseurs, mais aussi comme des ponts entre les CHW et le système de santé dans son ensemble (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021). Ils peuvent renforcer la confiance externe dans les CHW en établissant des relations avec d'autres prestataires de soins de santé et des décideurs politiques (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021). Grâce à leur rôle de liaison, ils contribuent à une meilleure intégration des CHW dans le système de santé et améliorent la collaboration entre les différents acteurs des soins de santé.

Les responsables d'équipe ont vu là une occasion précieuse d'apprendre les uns des autres, car leurs points forts se situent dans des domaines différents. Ils souhaitent par conséquent consacrer davantage d'efforts à l'échange d'expériences et au partage d'expertise afin de se renforcer mutuellement et de développer davantage leurs compétences. Cela rejoint la littérature sur l'apprentissage par les pairs et l'intervision en tant que méthodes efficaces pour le développement professionnel au sein des programmes CHW (Crigler, Gergen, et al., 2013). L'apprentissage par les pairs est une approche innovante dans laquelle les responsables d'équipe travaillent ensemble pour partager les meilleures pratiques, les défis et les solutions. Ce processus permet non seulement d'améliorer les compétences individuelles et les qualités de leadership, mais contribue également à mieux soutenir les CHW. En outre, il renforce l'interconnexion entre les responsables d'équipe, en leur apportant un soutien supplémentaire dans leur fonction qui dépend fortement du contexte et nécessite une adéquation avec l'infrastructure locale de santé et de soins (LeBan et al., 2021). Par conséquent, les responsables d'équipe mettent l'accent sur différents aspects de leur travail, en fonction des besoins spécifiques de leur région. En se partageant leurs expériences, les responsables d'équipe peuvent développer leur expertise et maîtriser les tâches pour lesquelles ils ont moins d'expérience, ce qui contribue à un soutien plus efficace et plus cohérent des CHW (Crigler, Gergen, et al., 2013).

Les responsables d'équipe rencontrent également des défis dans l'exécution de certaines tâches. Bon nombre d'entre eux estiment le « suivi des CHW sur le terrain » important, mais pas toujours réalisable, en particulier dans les grandes équipes. Cela soulève des questions quant à l'exécutabilité pratique de certains rôles et tâches. Les responsables d'équipe doivent trouver un équilibre entre une supervision et la confiance qu'ils accordent à la capacité des CHW à travailler en toute autonomie (LeBan et al., 2021). Le soutien psychosocial des CHW constitue un autre défi majeur. Les responsables d'équipe reconnaissent que les CHW peuvent être mentalement éprouvés par les problèmes complexes auxquels ils sont confrontés, mais ils indiquent qu'ils ne disposent pas toujours des compétences ou des ressources nécessaires pour y répondre de manière appropriée. Cela met en évidence la nécessité d'un soutien externe et spécialisé, tel qu'une supervision systématique et des moments d'intervision, comme le recommande également la littérature (Crigler, Gergen, et al., 2013). Le soutien psychosocial est perçu comme un élément essentiel de la rétention et de la motivation des CHW et contribue à l'efficacité à long terme du programme (Mhlongo et al., 2020).

Certaines tâches, telles que le « soutien administratif aux RH » et le « développement d'outils et de procédures », sont jugées moins pertinentes par les responsables d'équipe, car elles relèvent généralement d'autres responsables au sein de l'organisation.

Il est donc important de délimiter clairement les tâches des différents responsables au sein du programme CHW. En outre, les responsables d'équipe ont souligné que le démarrage rapide du programme a entraîné un manque de structure et de procédures au cours de la première année du projet. Comme les CHW, ils ont parfois dû développer eux-mêmes une méthode de travail ou prendre la suite de responsables d'équipe qui en avaient élaboré une de leur propre initiative. Les responsables d'équipe expriment par conséquent le besoin d'un système (de soutien) bien structuré, qui les aide à rester concentrés sur leurs tâches principales (Crigler, Gergen, et al., 2013). Ici, il est important de trouver le bon équilibre : d'une part, un certain degré d'uniformité est nécessaire pour assurer la qualité et la cohérence du programme ; d'autre part, la flexibilité permet de mieux répondre au contexte et aux besoins locaux (LeBan et al., 2021).

Enfin, les responsables d'équipe font également face à des défis en matière de communication interne et de prise de décision. Ils estiment parfois frustrant de constater que les signaux transmis et le feedback donné ne font pas l'objet d'un suivi opportun ou adéquat de la part des coordinateurs ou de la direction du projet. Cela peut créer une position de double jeu entre les CHW et l'équipe projet, ce qui peut nuire à l'efficacité de leur rôle. La littérature confirme qu'une bonne communication et une bonne réactivité de la part de la direction sont essentielles pour permettre aux responsables d'équipe d'accomplir leurs tâches de manière optimale et de soutenir efficacement les CHW (LeBan et al., 2021).

5 Points forts et limites de la recherche

Lors de l'interprétation des résultats de la recherche, il est important de prendre en compte les points forts et les limites de la recherche.

5.1 Points forts

L'un des points forts de cette recherche est l'inclusion d'un grand nombre de participants. Comme il n'y avait aucun critère d'exclusion, presque tous les CHW et les responsables d'équipe ont participé, ce qui a considérablement amélioré la représentativité des résultats au sein du programme CHW.

En outre, la cohérence de la collecte des données a contribué à la fiabilité de la recherche. Tous les entretiens de groupe de discussion ont été menés par le même chercheur, ce qui a permis d'uniformiser la façon dont les questions ont été posées et les réponses analysées.

L'analyse thématique réflexive appliquée a pris en compte le rôle du chercheur, incluant ainsi consciemment les biais possibles dans l'interprétation des résultats. Cela a permis de garantir une analyse équilibrée et transparente reflétant activement l'influence du chercheur.

En outre, il a été fait usage de la méthode des « preuves négatives », une technique de recherche qualitative qui consiste à rechercher activement des cas et des déclarations susceptibles de contredire les modèles dominants. Cela a permis de renforcer la profondeur et la validité des conclusions en jetant un regard plus large et plus critique sur les données.

En outre, une triangulation méthodologique a été appliquée en combinant différentes techniques, telles que les vignettes, les exercices post-it et les questions ouvertes au cours des groupes de discussion. Cette approche a offert aux participants de multiples façons d'exprimer leurs expériences et leurs opinions, augmentant ainsi la fiabilité et l'exhaustivité des données collectées.

5.2 Limites méthodologiques

Tout d'abord, il existe des limites méthodologiques. Ainsi, les entretiens de groupe de discussion n'ont eu lieu qu'une seule fois et ont été limités dans le temps, avec une durée maximale de deux heures par séance. Ce temps limité n'a pas permis de couvrir tous les sujets prévus de la même manière. Il n'a par conséquent pas été possible de passer en revue l'ensemble du document de tâches et de discuter des mêmes vignettes dans tous les groupes de discussion. Cela a créé des différences de nuances entre les différents entretiens, l'accent pouvant varier d'un groupe de discussion à l'autre. En conséquence, tous les sujets n'ont pas été abordés de manière uniforme dans tous les groupes, ce qui limite quelque peu la comparabilité des résultats entre les groupes. Bien que les résultats offrent des indications précieuses sur les expériences et les perceptions des participants, une collecte de données plus vaste et plus étendue serait nécessaire pour obtenir une image plus complète et plus représentative.

L'influence possible de la dynamique de groupe au sein des entretiens de groupe de discussion doit également être prise en compte. Selon la composition du groupe et les relations entre les participants, la mesure dans laquelle ils osent exprimer librement leurs opinions peut varier. Bien que le débat ait été modéré autant que possible, certains participants ont pu se sentir empêchés de partager leur point de vue, tandis que d'autres ont été plus dominants dans la discussion. Cela peut avoir donné lieu à une représentation sélective de certaines perspectives au sein des groupes de discussion.

En outre, la recherche est basée sur des rapports élaborés par des CHW et des responsables d'équipe. Les participants peuvent consciemment ou inconsciemment adapter leurs réponses à ce qu'ils jugent socialement souhaitable ou colorer leurs expériences et leurs opinions par des perceptions personnelles. Bien que cette approche qualitative fournisse des informations approfondies sur la perception des CHW, il est important de tenir compte de ces biais potentiels lors de l'interprétation des résultats.

5.3 Limites contextuelles

Deuxièmement, il faut également tenir compte des limites contextuelles. Chaque équipe CHW travaille dans un contexte local qui, comme le montrent les résultats, influence son expérience. Des facteurs tels que les différences locales ou régionales, les ressources disponibles et les structures de santé locales peuvent affecter la manière dont les CHW perçoivent leur travail et influencent à nouveau la généralisation et l'interprétation des résultats. Il est également important de reconnaître que les expériences des participants sont également influencées par l'évolution des défis et des politiques. Les entretiens de groupe de discussion ayant eu lieu à l'automne et de façon unique, les résultats reflètent un instantané dans le temps. Les résultats doivent dès lors également être replacés dans le contexte politique spécifique de l'époque. Par exemple, l'incertitude quant à la pérennité du programme a pu affecter l'expérience des participants.

6 Recommandations

Afin de renforcer et d'affiner la description de rôle et de tâches des CHW et du responsable d'équipe à l'avenir, nous formulons quelques recommandations basées sur les résultats de la recherche :

1. Participation des CHW à la prise de décision concernant la délimitation des rôles et des tâches

Nous recommandons que les CHW continuent à participer activement à la définition de leurs rôles et de leurs tâches. Une adéquation systématique avec leur réalité quotidienne garantit une description de rôle et de tâches précise.

Cela est également confirmé dans la littérature scientifique : cela augmente l'implication des CHW, assure une meilleure correspondance avec la pratique et les besoins de la communauté, renforce l'efficacité de leur travail et les motive, car ils se sentent entendus et valorisés (Glenton et al., 2021).

2. Élargissement à la prévention et aux déterminants sociaux de la santé

Bien que le programme CHW soit actuellement limité aux soins primaires, la présente recherche et la littérature scientifique montrent qu'il est essentiel de mettre davantage l'accent sur la prévention et l'intégration des déterminants sociaux de la santé. Comme conseillé dans le premier rapport de recherche (Masquillier et al., 2022), nous recommandons au gouvernement fédéral d'envisager d'élargir structurellement la mission des CHW afin que, outre l'accès aux soins de santé, ils puissent également se concentrer sur la lutte contre la pauvreté, le logement et le soutien social, entre autres, et collaborer à des initiatives en matière de prévention. Cela rejoint le rapport du KCE sur les soins de santé équitables, qui recommande une approche intersectorielle (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020), et aux études décrivant les CHW comme des figures de pont essentielles pour la réduction des inégalités en matière de santé (Vandenbroeck & Braes, 2020). Grâce à leurs liens étroits avec la communauté, ils peuvent identifier les inégalités structurelles et y remédier, par exemple en apportant un soutien financier et administratif ou une aide au logement (Damio et al., 2017). L'attention portée aux déterminants sociaux renforce non seulement l'incidence des CHW, mais les positionne également en tant que défenseurs du changement social (Capotescu et al., 2022; Schaaf et al., 2020). Cela nécessite une délimitation claire de la politique et un soutien suffisant (Lewin et al., 2021).

3. Soutien à la santé mentale des CHW

Le bien-être psychosocial des CHW mérite une attention particulière, comme le soulignent à la fois les CHW et les responsables d'équipe. Leurs rôles et leurs tâches sont exigeants, et un bien-être mental optimal est essentiel à leur exécution efficace. Comme ils travaillent avec des groupes vulnérables dans des circonstances difficiles, il est crucial de soutenir leur santé mentale. Cela peut se faire par le biais d'interventions régulières et d'un accès rapide à un soutien psychologique. Le développement d'une collaboration avec un partenaire externe disposant d'une expertise semble approprié à cette fin.

4. Amélioration des processus d'enregistrement

Un frein récurrent, également mentionné dans les rapports précédents, est la convivialité limitée de l'outil d'enregistrement. Cela empêche les CHW d'enregistrer efficacement les interventions, ce qui complique le suivi administratif et, par la suite, affecte également l'exactitude des rapports politiques. Il est par conséquent essentiel de disposer d'une méthode d'enregistrement praticable, conçue en collaboration avec les CHW. En outre, une description de rôle et de tâches uniforme, formulée de manière cohérente sur tous les canaux, est primordiale pour rationaliser l'enregistrement des activités quotidiennes (Glenton et al., 2021).

5. Apprentissage structurel par les pairs pour les responsables d'équipe

Pour renforcer l'efficacité du programme, la mise en place d'un apprentissage structurel par les pairs entre les responsables d'équipe, et éventuellement aussi entre les CHW, est une stratégie précieuse. Les participants à la recherche l'ont non seulement suggéré, mais l'ont également décrit dans la littérature comme une méthode innovante qui favorise la mise en réseau et le renforcement des capacités (Crigler, Gergen, et al., 2013; LeBan et al., 2021).

L'échange régulier de connaissances et d'expériences permet aux responsables d'équipe de mieux répondre aux défis et d'améliorer leur rôle de soutien. De cette manière, les CHW peuvent également apprendre les uns des autres, ce qui les incite à entreprendre de nouvelles tâches et à effectuer leur travail plus efficacement. Un tel échange a déjà lieu au sein de certaines équipes et au niveau interrégional lors des journées de rencontre, et il est recommandé de le poursuivre, à la fois pour les CHW et les responsables d'équipe.

7 Références

Apers, H., Mullié, K., Wouters, E., & Masquillier, C. (2024). *Community health workers in België - Rapport 2023*. Antwerpen.

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *De performantie van het Belgische Gezondheidssysteem: evaluatie van de Billijkheid*. Brussel.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res. Psych.*, 3(77–101). <https://doi.org/https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality and Quantity*, 56(3), 1391–1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>

Campbell, K. A., Orr, E., Durepos, P., Nguyen, L., Li, L., Whitmore, C., ... Jack, S. M. (2021). Reflexive thematic analysis for applied qualitative health research. *Qualitative Report*, 26(6), 2011–2028. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2021.5010>

Capotescu, C., Chodon, T., Chu, J., Cohn, E., Eyal, G., Goyal, R., ... Tomson, D. L. (2022). Community Health Workers' Critical Role in Trust Building Between the Medical System and Communities of Color. *American Journal of Managed Care*, 28(10), 497–499. <https://doi.org/10.37765/AJMC.2022.89247>

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>

Crigler, L., Gergen, J., & Perry, H. (2013). *Supervision of Community Health Workers. Developing and Strengthening Community Health Worker Programs at Scale: A Reference Guide and Case Studies for Program Managers and Policy Makers*. Retrieved from http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/09_CHW_Supervision.pdf

Crigler, L., Hill, K., & Furth, R. (2013). *Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix*. Bethesda, MD.

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*. Hartford CT.

Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., Garcia, A. M., ... Reed, G. M. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 160–170. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.12.001>

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>

- Hartzler, A. L., Tuzzio, L., Hsu, C., & Wagner, E. H. (2018). Roles and functions of community health workers in primary care. *Annals of Family Medicine*, *16*(3), 240–245. <https://doi.org/10.1370/afm.2208>
- Henderson Riley, A., Critchlow, E., Birkenstock, L., Itzoe, M. L., Senter, K., Holmes, N. M., & Buffer, S. W. (2021). Vignettes as research tools in global health communication: a systematic review of the literature from 2000 to 2020. *Journal of Communication in Healthcare*, *14*(4), 283–292. <https://doi.org/10.1080/17538068.2021.1945766>
- Hodgins, S., Kok, M., Musoke, D., Lewin, S., Crigler, L., LeBan, K., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 1. Introduction: tensions confronting large-scale CHW programmes. *Health Research Policy and Systems*, *19*(3), 1–24. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00752-8>
- Hughes, R., & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, *37*(4), 382–386. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02100.x>
- Hughes, R., & Huby, M. (2004). The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work and Social Sciences Review*, *11*(1), 36–51. <https://doi.org/10.1921/swssr.v11i1.428>
- Kok, M. C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E. W., Kane, S. S., Ormel, H., ... De Koning, K. A. M. (2015). Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy and Planning*, *30*(9), 1207–1227. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu126>
- Kok, M. C., Kane, S. S., Tulloch, O., Ormel, H., Theobald, S., Dieleman, M., ... 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>
- Lazard, L., & McAvoy, J. (2020). Doing reflexivity in psychological research: What's the point? What's the practice? *Qualitative Research in Psychology*, *17*(2), 159–177. <https://doi.org/10.1080/14780887.2017.1400144>
- 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>
- Lewin, S., Lehmann, U., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 3. Programme governance. *Health Research Policy and Systems*, *19*(3), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00749-3>
- Manohar, N. D., Liamputtong, P., Bhole, S., & Arora, A. (2017). Researcher Positionality in Cross-Cultural and Sensitive Research. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 1–15). Springer Nature Singapore.
- Masquillier, C., Cosaert, T., & Wouters, E. (2022). *Community Health Workers in België. Rapport 2021*. Antwerpen.
- Masquillier, C., & Wouters, E. (2023). *Community Health Workers in België. Rapport 2022*. Antwerpen.
- Mhlongo, E. M., Lutge, E., & Adepeju, L. (2020). The roles, responsibilities and perceptions of community health workers and ward-based primary health care outreach teams: a scoping review. *Global Health Action*, *13*(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1806526>

- Murphy, J., Hughes, J., Read, S., & Ashby, S. (2021). Evidence and practice: a review of vignettes in qualitative research. *Nurse Researcher*, 29(3), 8–14. <https://doi.org/10.7748/nr.2021.e1787>
- Niang, M. (2020). What are the roles of community health workers? Looking back at the philosophies of primary health care. *Global Health Promotion*, 27(2), 117–120. <https://doi.org/10.1177/1757975918811087>
- Perry, H. B., Chowdhury, M., Were, M., LeBan, K., Crigler, L., Lewin, S., ... Hodgins, S. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 11. CHWs leading the way to “Health for All.” *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00755-5>
- Rosenthal, E. L., Menking, P., & St. John, J. (2018). *The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project: A Report of the C3 Prohect Phase 1 and 2, Together Leaning Toward the Sky. A National Project to Inform CHW Policy and Practice*. Retrieved from <https://www.c3project.org>
- Schaaf, M., Warthin, C., Freedman, L., & Topp, S. M. (2020). The community health worker as service extender, cultural broker and social change agent: A critical interpretive synthesis of roles, intent and accountability. *BMJ Global Health*, 5(6), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002296>
- Scott, K., Beckham, S., Gross, M., Pariyo, G., Rao, K., Cometto, G., & Perry, H. (2018). What do we know about community-based health programs? A systematic review of existing reviews on community health workers and their integration with health systems. *Human Resources for Health*, 16(1), 16–39.
- Vandenbroeck, P., & Braes, T. (2020). Integrated community care for all: seven principles for care. Strategy paper to move ICC forward. Brussels: Transnational Forum on Integrated Community Care.
- World Health Organization. (2020). *What Do We Know About Community Health Workers? A Systematic Review of Existing Reviews. Human Resources for Health Observer Series no 19* (Vol. 17).
- Wray, S., & Bartholomew, M. (2014). Some reflections on outsider and insider identities in ethnic and migrant qualitative research. *Migration Letters*, 7(1), 7–16. <https://doi.org/10.33182/ml.v7i1.176>

CHAPITRE 3

Accompagnement des CHW dans leur approche des assuétudes

Rapport d'activité Assuétude- Région Flandre

1 Changements de personnel

Début mars 2024, l'ancienne coordinatrice assuétude de la Flandre a quitté son poste pour occuper une fonction à temps plein en tant que responsable d'équipe dans le projet CHW. Mi-avril, son poste a été repris par une nouvelle coordinatrice spécialisée dans les problématiques d'addiction.

En octobre 2024, cette nouvelle coordinatrice a quitté le projet CHW pour relever un autre défi professionnel. La formation prévue en octobre pour les CHW a été poursuivie et encadrée par deux collègues responsables d'équipe. Le poste de coordinateur en Flandre a été rouvert en 2024 : d'abord en interne pendant deux semaines, puis à l'externe, mais sans succès.

2 Situer le thème des assuétudes dans le projet CHW

2.1 Formation

2.1.1 Formation générale- Mars 2024

Juste avant son départ, l'ancienne coordinatrice flamande a organisé une première formation d'orientation. La journée était divisée en trois parties. Dans la première partie, la coordinatrice a décrit brièvement (1) l'objectif de la partie "problèmes d'assuétudes" du projet, c'est-à-dire soutenir et renforcer les compétences des CHW dans leur approche des assuétudes et de la consommation de substances ; (2) les résultats du rapport d'activité 2023 ; et (3) le plan de travail pour 2024.

Dans la deuxième partie de la journée, Jasper Janssen et Femke Wijgaerts, membres du personnel de VAD, ont pris la parole. Ils ont présenté le fonctionnement du Centre flamand d'expertise sur l'alcool et les drogues (VAD) et ont précisé la position des différents organismes d'aide dans le continuum d'intervention.

Tessa Windelinckx (coordinatrice flamande pour la promotion de la santé pour la consommation de drogues injectables) a consacré le dernier bloc à la "réduction des risques" (RDR), une approche pragmatique sans jugement, dans laquelle l'autonomisation est centrale ; le travailleur social offre un soutien en fonction de la demande de la personne confrontée à des assuétudes. Outre cette introduction à la réduction des risques, un temps a été consacré à l'échange d'expériences, aux questions, etc.

2.1.2 Cours en ligne VAD

¹Lors de sa mise en place, la nouvelle coordinatrice a visionné certaines des formations en ligne proposées par VAD. Deux formations de base ont été sélectionnées en tant que "matériel d'apprentissage de base sur les assuétudes" pour le personnel des CHW et les responsables d'équipe:

- **Entretien motivationnel (EM)** : Cette formation fournit des conseils sur l'EM, un style de conversation qui s'attarde sur l'attitude ou l'esprit de base et les différents processus qui peuvent servir de boussole dans le soutien, ainsi que des compétences clés en matière de conversation.
- **L'homme, les ressources et l'environnement (MMM)** : Cette formation clarifie la roue de la drogue, le modèle MMM et réfléchit aux questions de traitement.

Les deux cours sont concis (+- 2 heures), clairs, gratuits et accessibles à tout moment. Les CHW et les responsables d'équipe nouvellement recrutés incluront ces formulaires dans leur kit de formation.

2.2 Feedback

Après la formation générale et les deux formations en ligne de VAD, il a été demandé à toutes les équipes CHW flamandes de fournir un feedback structuré, afin de mettre l'accent sur les besoins et les questions du personnel. Il a ensuite été regroupé avec les informations déjà collectées par l'ancien coordinateur (février - mars 2024).

Cette compilation a montré qu'il subsistait une ambiguïté autour de trois thèmes.

1. Connaissances

Les CHW ont besoin d'"outils", d'informations sur les types, les caractéristiques, les réactions possibles, etc. en matière d'assuétudes. Bien que certaines informations nouvelles aient déjà été transmises lors des formations, il semble que les CHW souhaitent encore approfondir leurs connaissances.

2. Guide pour les CHW - Délimitation des tâches

Tant les RE que les CHW ont déclaré qu'il y avait encore trop de confusion autour des tâches des CHW en ce qui concerne les assuétudes. Ils ont également demandé des procédures claires en cas d'agression, de consommation de substances par les bénéficiaires pendant l'intervention, etc. Actuellement, il n'existe pas de "politique" en matière d'assuétudes. La question est de savoir si cela sera nécessaire à l'avenir ; enfin, il n'y a pas de réponse univoque à ces questions.

3. Carte sociale - réseau

Les CHW peuvent accéder à une carte sociale via l'outil en ligne de VAD, mais cette carte n'est pas encore suffisamment utilisée pour atteindre le réseau nécessaire.

En plus des retours généraux, un recueil des préoccupations et questions spécifiques a également été réalisé. Celles-ci peuvent être ramenées à 6 questions clés (annexe 1). Il s'agit de questions pratiques précises. En réalité, il est difficile d'y répondre en raison de la complexité et de la singularité de chaque situation ; il n'existe tout simplement pas de réponses toutes faites.

La coordinatrice a donc décidé de transformer ces questions en études de cas et de les utiliser comme base pour une prochaine formation ou intervision spécifiquement axée sur les CHW (voir 1.4 Formation des CHW basée sur des cas).

2.3 Quelle est la place des assuétudes dans le rôle d'un CHW ?

Comme indiqué au point 1.2 (Feedback), il y avait encore beaucoup d'incertitude quant à la place des assuétudes dans le projet CHW. C'est pourquoi les coordinateurs flamand et wallon assuétude ont réalisé conjointement l'exercice "Addiction issues within the mission and vision of the CHW project" (les questions d'addiction dans la mission et la vision du projet CHW).

2.3.1 Vision

Notre vision

Nous pensons que les Community Health Workers doivent être des acteurs reconnus dans le système de santé belge. Ils peuvent ainsi accompagner chacun dans toutes les étapes successives de l'accès aux soins ("continuum d'accès aux soins"), contribuant ainsi à diminuer les inégalités sociales de santé.

La vision affirme que les CHW accompagnent *tout le monde*, à toutes les étapes de la prise en charge. Cela signifie qu'aucune distinction n'est faite entre les personnes confrontés au problème des assuétudes et celles qui ne le sont pas.

Remarque complémentaire : il n'est évidemment pas aussi évident pour chaque CHW d'être confrontés à des questions liées aux assuétudes. Le nombre et le type de situations varient selon le CHW, la région, la période, etc.

2.3.2 La mission

Notre mission

Les Community Health Workers, ancrés dans les quartiers partent activement à la rencontre, dans leur environnement, des personnes en situation de vulnérabilité pour qui le système de santé est difficilement accessible. Ils les soutiennent afin qu'elles puissent mieux prendre en main leur santé et franchir le fossé entre elles et le système de santé.

Il ressort clairement de l'énoncé de la mission que les CHW vont à la rencontre des membres de leur communauté, qu'ils soient ou non dépendants, et les accompagnent (une ou plusieurs fois) pour répondre à leurs questions sur la santé. Ce faisant, ils les orientent vers les organismes de santé sollicités (groupes d'entraide, centres spécialisés, etc.) et leur donnent les moyens de faire des choix en matière de santé grâce à des rencontres individuelles.

Remarque complémentaire : il est important de noter ici que les CHW ne sont pas des experts en matière d'assuétudes. Leur rôle n'est pas d'informer et/ou de conseiller les personnes sur la consommation de substances.

2.4 Axé sur la demande ou systématique

Comme l'indique la mission, les CHW travaillent à la demande de la personne. Cela signifie qu'ils ne posent pas systématiquement la question de la consommation de substances.

Bien sûr, la situation n'est pas aussi tranchée : la question peut aussi venir du CHW, à condition qu'il y ait suffisamment de confiance et un cadre sécurisant.

2.5 Réduction des risques (RdR) vs abstinence

Dans le cadre du projet, le thème de la consommation de substances est axé sur la réduction des risques plutôt que sur l'abstinence. En effet, nous pensons que la réduction des risques est plus durable dans la mesure où la demande d'aide n'est pas imposée par le CHW, mais vient de la personne concernée, ce qui correspond à la philosophie du projet. Les CHW adoptent une approche axée sur la demande, sans préjugés ni attentes.

2.6 Formation basée sur des situations concrètes

Sur la base du feedback commun (6 questions clés) et de l'exercice de réflexion (consommation de substances dans le cadre de la mission et de la vision), une formation spécifique pour les CHW a été organisée. Au cours de cette intervention, les CHW se sont entretenus avec 3 formateurs expérimentés sur 6 situations (voir Annexe 2) qui sont typiques du domaine de travail des CHW et qui ont été fournis par certains CHW eux-mêmes à partir de leur propre pratique.

Ces situations ont été testés au préalable via l'exercice vision-mission du projet. Ceci afin de créer une plus grande uniformité entre les membres de l'équipe du projet - et d'éviter les discussions pendant la formation.

2.7 Expertise en matière de réduction des risques

Comme nous l'avons déjà mentionné dans le rapport d'activité 2023, le projet des CHW s'appuie sur la philosophie de la réduction des risques (RDR). Ici, nous plaçons la personne, plutôt que la consommation de substances, au centre du conseil ; cette approche "correspond" le mieux à la vision du projet.

2.8 FutureLearn

Pour mieux comprendre le concept de RdR, le coordinateur a suivi une série de cours en ligne de 9 heures sur le sujet. ²La formation est proposée gratuitement par FutureLearn et est une collaboration de la London School of Hygiene & Tropical Medicine, de Médecins du Monde et de l'International Network of People Who Use Drugs.

Les concepts clés, les meilleures pratiques et les réflexions y sont abordés. La formation était indispensable pour comprendre la réalité de la consommation de substances, pour connaître l'impact des différentes approches et pratiques, et donc pour tirer des conclusions pour le fonctionnement des CHW ; dans le projet, nous travaillons sur la base de la *demande de santé* du bénéficiaire- c'est-à-dire que nous lui laissons toujours le choix (dans l'optique de la santé), quel que soit le résultat de sa consommation.

3 Mise en réseau

Outre l'organisation de formations et l'acquisition de connaissances, la coordinatrice s'est également concentrée sur le maintien et le renforcement du réseau sur la thématique. Outre les réunions bimensuelles avec les coordinateurs "assuétudes" de Médecins du monde et de Violett et les réunions bimensuelles dans le cadre du projet "Assuétudes", elle a pris le temps de travailler en réseau lors d'une journée d'étude et de deux tables rondes.

3.1 Journée d'étude sur la suicidalité et l'addiction

La journée d'étude sur le double impact de la suicidalité et de la dépendance, organisée par Family Platform, s'est déroulée le 21/06 au De kleiput, UPC Duffel. Tout au long de la journée, plusieurs intervenants ont pris la parole. Par exemple, Kirsten Catthoor (psychiatre) a parlé de la lutte contre la stigmatisation de la toxicomanie et le père d'une victime a témoigné de la consommation. En outre, des organisations telles que la plateforme familiale, VAD et VLESP sont venues présenter leur visibilité. Enfin, des ateliers ont été organisés.

Un grand nombre d'études et de chiffres ont été présentés lors de la journée d'étude. Les résultats de l'étude étaient très pertinents à présenter aux collègues CHW et aux responsables d'équipe. En outre, la réunion a été l'occasion de créer des réseaux. Par exemple, le coordinateur a échangé des informations avec, entre autres, le personnel du CGG d'Anvers.

3.2 Tables rondes

Le 12/06 et le 27/06, le coordinateur a participé à une table ronde organisée par la Fondation Roi Baudouin. Ces discussions ont porté sur le sans-abrisme et le recensement du sans-abrisme et de la toxicomanie 2020-2023. Les partenaires ont été invités à partager leurs réflexions et/ou leurs expériences pratiques.

³Tout d'abord, le 12/06, les chiffres des études 2020-2023 ont été partagés. Les résultats ont été discutés avec les partenaires présents et testés par rapport à la réalité. Sur la base d'expériences antérieures, y compris avec le projet CHW, la table ronde a tenté d'expliquer les chiffres. Ils ont également vérifié si les chiffres étaient représentatifs du groupe étudié et de la population belge en général.

Le 27 juin, les partenaires se sont à nouveau réunis pour réfléchir à des solutions sur le thème du "sans-abrisme, de l'itinérance et de la toxicomanie". Une fois de plus, l'accent a été mis sur les histoires des partenaires, y compris celles du CHW. Les idées ont ainsi pu être testées en permanence par rapport à la réalité.

3.3 Carte sociale

⁴À l'aide de la carte sociale développée par VAD, les contacts et la coopération des cinq équipes flamandes avec chaque organisation liée aux assuétudes ont été évalués. Il a été noté quelles collaborations existaient déjà, lesquelles pouvaient encore se développer et les éléments nécessaires pour qu'elles se concrétisent. Sur la base de ces informations, le coordinateur (au niveau flamand) et les responsables d'équipe (au niveau régional) ont une vision plus claire des personnes à contacter et de la meilleure manière de le faire.

Outre la carte sociale de VAD, Dokters van de Wereld développe depuis plusieurs mois sa propre carte sociale, disponible sur Google Maps. Le coordinateur du projet CHW a joué un rôle déterminant dans le tracé de la carte.⁵

4 Brainstorming sur l'outil d'enregistrement

Afin d'obtenir une image plus claire de la fréquence et de la nature des problèmes d'assuétudes avec lesquels les CHW sont en contact, des moyens d'enregistrer les chiffres pertinents ont été envisagés. En effet, l'obtention d'une vue d'ensemble des problèmes, de leur fréquence, de leur contexte, etc., fournit des informations précieuses pour affiner le fonctionnement des CHW et pour répondre plus précisément aux besoins des équipes CHW dans chaque ville.

De cette manière, les équipes peuvent être mieux informées (et, si nécessaire, formées) en fonction des problèmes qui se posent dans leur région. L'enregistrement fournira également une image plus claire de l'évolution de la consommation de substances en tant que problématique dans le cadre du travail des CHW.

Le coordinateur a fait un premier pas en créant un fichier Excel uniforme et partagé dans lequel les responsables d'équipe pouvaient enregistrer les chiffres hebdomadaires de leur équipe. Ces chiffres comprenaient le nombre de contacts hebdomadaires par le biais d'interventions de groupe ou individuelles, ainsi qu'une liste des substances consommées. Une distinction a été faite entre les personnes qui consommaient effectivement des substances et celles qui étaient soupçonnées d'en consommer.

Cette forme d'enregistrement a été testée pendant plusieurs semaines à l'automne, mais s'est avérée inapplicable. Bien que le nombre d'interventions et les types de consommation de substances donnent une indication de l'ampleur du problème, les CHW n'étaient pas en mesure d'identifier avec précision les personnes qui consommaient réellement des substances et celles qui étaient supposées en consommer. Les chiffres recueillis n'étaient donc ni fiables ni représentatifs. Les CHW, dans leur rôle, n'ont généralement pas l'expertise nécessaire pour reconnaître les caractéristiques typiques de la consommation de substances, n'ont pas la capacité de suivre les individus sur de longues périodes et n'ont ni l'expérience ni les compétences nécessaires pour poser un diagnostic. En outre, les informations recueillies n'offrent qu'un aperçu limité du contexte général des problématiques. Par exemple, le système d'enregistrement ne reflète pas la charge des situations traitées. Les interventions auprès de personnes consommant des substances ou soupçonnées d'en consommer demandent souvent beaucoup de temps, de confiance et d'énergie mentale de la part des CHW. Cela alourdit leur travail, mais cet aspect n'est pas visible dans les données chiffrées. En outre, la tenue d'un fichier Excel supplémentaire et séparé prenait beaucoup de temps aux équipes. L'intégration de ces informations dans l'outil d'enregistrement existant serait donc une solution plus pratique.

Comme la coordinatrice a démissionné à l'automne pour relever un nouveau défi externe, et qu'il a fallu du temps pour nommer un remplaçant, la mise à jour de l'enregistrement a été reléguée au second plan. L'équipe du projet a donc décidé, en collaboration avec des chercheurs de l'Université d'Anvers, d'envoyer une enquête en ligne unique et anonyme aux CHW de toutes les régions. L'objectif était d'obtenir une image globale, à la fois quantitative et qualitative, de ce sujet dans leur pratique quotidienne. Le contenu et les résultats de cette enquête sont discutés dans la troisième partie de ce chapitre, et mettront le nouveau coordinateur sur la voie d'un enregistrement structuré.

5 Conclusion

Des étapes importantes ont été franchies dans la formation des CHW et des responsables d'équipe, grâce à des modules en ligne et à des cours de formation en présentiel, ainsi qu'à des ateliers organisés en coopération avec des experts, en partant de la réalité et de la pratique quotidienne des CHW.

Il était important de prendre le temps de réfléchir au cadre global, ainsi qu'à la mission et à la vision du projet CHW. Cela a permis de réaffirmer que les Community Health Workers ne doivent pas aborder les personnes rencontrant des problématiques d'assuétudes différemment des autres personnes qu'ils accompagnent. Comme le montre également l'enquête, ce n'est pas la consommation qui incite les personnes à demander l'accompagnement d'un CHW, mais plutôt un autre problème lié à la santé. Pour ces personnes, leur consommation vient s'ajouter au problème, ce qui peut évidemment constituer une préoccupation supplémentaire à ce moment-là.

L'importance d'un bon système d'enregistrement est connue, mais la manière dont il se présente le mieux doit être approfondie.

Il est et reste nécessaire que le coordinateur puisse également continuer à accroître ses propres connaissances et réflexions, ce qui présuppose du temps et de l'espace pour l'acquisition de connaissances.

6 Annexes au Rapport d'activité Assuétude – Région Flandre

6.1 Annexe: questions principales sur base des feedbacks après les formations

QUESTIONS PRINCIPALES
<p><i>Comment reconnaître une personne ayant un usage "problématique" (dépendance) ?</i></p> <p>Existe-t-il des normes objectives pour déterminer si un problème se pose pour l'environnement ou la personne ?</p> <p>Comment reconnaître les signaux (d'aide) du bénéficiaire ?</p>
<p><i>Que faire si nous soupçonnons un bénéficiaire d'avoir une consommation "problématique" ? (jeux, substances, médicaments, jeux d'argent) Quelles sont les mesures à prendre ?</i></p> <p>Comment aborder un premier entretien ?</p> <p>Qui impliquer ? (Organisations, médecin généraliste, famille, amis...)</p> <p>Jusqu'où notre rôle d'écoute va-t-il ?</p> <p>Par exemple, une famille avec de jeunes enfants ; on soupçonne le père de consommer, mais on n'en est pas sûr. La mère ne semble pas au courant. La confiance n'est pas encore suffisamment établie pour engager la conversation. Beaucoup d'agressivité au sein de la famille. Que faire dans cette situation ?</p>
<p><i>Qu'en est-il des jeunes et des assuétudés (substances et jeux) ?</i></p> <p>Impliquer qui ? Contacter immédiatement les parents ?</p> <p>Comment soutenir les parents ? De quoi les parents ont-ils besoin ? Conseils aux parents ? (Pas en tant que thérapeute, mais plutôt en tant que soutien)</p> <p>Par exemple, une femme mineure rechute à chaque fois. Elle disparaît pendant plusieurs semaines et revient lorsque l'argent vient à manquer. Les parents ne veulent pas abandonner leur fille. Les parents contactent les CHW lorsque le besoin est le plus fort, encore et encore. Que faire ? Jusqu'où va l'écoute ?</p>
<p><i>Que se passe-t-il si un bénéficiaire se présente à un rendez-vous alors qu'il est sous l'emprise de l'alcool ?</i></p> <p>Reporter le rendez-vous, mais comment l'évoquer "sans se mettre en danger" ?</p> <p>Avons-nous un rôle à jouer dans l'information du bénéficiaire sur les dangers (usage combiné, conduite en état d'ébriété, etc.) pour le reste de la journée ?</p> <p>Pouvons-nous effectuer une visite à domicile auprès d'une personne soupçonnée de consommer ?</p> <p>Que se passe-t-il si nous voyons des substances traîner dans la rue ?</p>
<p><i>Qu'en est-il d'un bénéficiaire qui souhaite travailler sur la dépendance mais qui ne parle pas le néerlandais ?</i></p> <p>À qui s'adresser ? Que pouvons-nous faire ?</p>
<p><i>Qu'en est-il des intervenants qui ne traitent pas le bénéficiaire de manière suffisamment professionnelle (par exemple, stigmatisant, ne prenant pas le bénéficiaire au sérieux, etc...) ?</i></p> <p>Par exemple, le médecin juge que l'addiction est de la faute du patient ("les priorités sont erronées", "il faut prendre ses responsabilités" ...)</p> <p>Le médecin ne prend pas au sérieux la dépendance aux médicaments, la dépendance au jeu ou d'autres problèmes similaires.</p>

6.2 Annexe : Cas pratique de la formation en matière d'assuétudes- automne 2024

Situation 1

Mario est un homme célibataire de 35 ans. Il vit dans un petit studio en Belgique depuis deux ans. Il y a cinq mois, il s'est cassé le bras en travaillant. Lors d'une visite de contrôle chez le médecin, il s'est avéré que Mario n'était pas inscrit à la mutuelle. Il a été orienté vers CHW X, qui s'est occupé de son inscription avec lui. Depuis lors, le CHW X n'a ni vu ni entendu parler de Mario.

Aujourd'hui, le CHW X rencontre Mario à la banque alimentaire. Le CHW est surpris : Mario n'a pas l'air bien. Il a les yeux embrouillés. Il s'agite un peu lorsqu'il parle. Son haleine sent l'alcool. Le CHW lui demande comment il va. Il dit qu'il a déjà eu de meilleures jours, mais ne donne pas plus de détails. Il n'a pas l'air heureux.

Le CHW aimerait approfondir son état de santé. Elle s'inquiète également d'une éventuelle consommation d'alcool, mais ne sait pas si elle doit poser cette question, ni comment.

- **Comment savoir si une personne consomme de l'alcool et comment faire la différence entre une consommation sporadique et une dépendance ?**
- **Comment reconnaître les signaux (d'aide) du bénéficiaire ?**

Le CHW décide d'interroger Mario sur son état de santé. Mario marmonne qu'il lutte contre une forte toux depuis quinze jours mais n'a pas le courage d'aller chez le médecin

Le CHW aimerait prendre un rendez-vous chez le médecin, mais il pense que Mario ne s'en souviendra pas.

- *Que faire si une personne est sous l'influence de l'alcool pendant le rendez-vous ? Reporter le rendez-vous ?*
- *Avons-nous un rôle à jouer dans l'information du bénéficiaire sur les dangers (usage combiné, conduite en état d'ébriété, etc.) pour le reste de la journée ?*

Situation 2

Yusra est une jeune mère (23 ans) qui vit avec son mari et ses enfants dans une banlieue. Elle a entendu parler du projet des CHW par sa sœur. Pendant la journée, Yusra reste avec les enfants tandis que Nadir, son mari, effectue de petits travaux (travail au noir).

Yusra a contacté CHW X parce qu'elle a des difficultés à comprendre et à payer sa facture d'hôpital. Le CHW X effectue des visites à domicile, ce qui est plus facile - Yusra a deux jeunes enfants (0 et 2 ans) et ne peut donc pas se déplacer facilement

Lors de la visite à domicile, le CHW X remarque que l'atmosphère au sein de la famille n'est pas optimale. Le mari de Yusra est à la maison. Il se comporte de manière agressive et brève, criant après le bambin. Il a une expression faciale très crispée et sursaute à chaque bruit. Il se méfie de la CHW.

Cette dernière ne se sent pas tout à fait à l'aise. Elle a l'impression que quelque chose ne va pas. Elle se demande si le père n'a pas pris un médicament, car sa posture n'est pas du tout naturelle

Dès que Nadir est sorti de la maison, la CHW veut demander à Yusra si Nadir se comporte toujours ainsi et si elle sait s'il prend certaines substances. Mais elle décide de ne pas poser la question, car c'est la première fois qu'elle voit la famille. Elle n'ose pas, car la confiance n'est pas encore suffisante. Elle ne veut pas non plus semer le trouble dans cette famille de jeunes enfants.

La CHW demande si Yusra a un bon contact avec Kind & Gezin (ONE pour la Wallonie). Yusra répond que son mari ne veut pas que les organisations interfèrent avec la famille.

Que faire si vous soupçonnez un bénéficiaire de consommer régulièrement des substances psychoactives ? Quelles sont les mesures à prendre ?

- **Comment aborder une première rencontre ?**
- **Qui impliquer ? (Organisations, médecin généraliste, famille, amis...)**
- **Jusqu'à quel point notre rôle d'écoute va-t-il ?**

Un peu plus tard, la CHW demande si elle peut aller aux toilettes - Yusra lui montre le chemin.

En visitant les toilettes, la CHW aperçoit un sachet de poudre dans l'armoire à linge. Elle est surprise et ne sait pas quoi faire.

- *Que faire si nous trouvons des substances qui traînent lors d'une visite à domicile ?*

Situation 3

Il y a un an, Lizzy (21 ans) et Melvin (17 ans) ont perdu leur mère dans un accident de voiture. Ce fut un coup dur pour toute la famille. Depuis, le père Jan (56 ans) est en dépression ; il se néglige ainsi que sa maison et ses enfants. Lizzy étudie et est en en kot ; elle n'est pas à la maison la semaine. Melvin est en dernière année d'école secondaire.

CHW X reçoit un appel de Lizzy. Elle se dit inquiète pour son petit frère. Depuis le décès de leur mère, Melvin s'enferme dans sa chambre. Selon Lizzy, il ne fait que fumer du cannabis et jouer. Lizzy dit qu'il avait l'habitude de fumer avec des amis, pour expérimenter, mais qu'aujourd'hui la consommation est beaucoup plus importante. "Ces joints sont en train de l'envahir".

Lizzy dit qu'elle n'ose pas contacter un médecin généraliste car cela susciterait de la méfiance. Melvin lui-même ne voit pas le problème - il ne veut pas en parler. Lizzy n'ose pas non plus en parler avec son père, qui a déjà suffisamment de soucis. De plus, le père lui-même traverse une période de deuil.

Lizzy a entendu parler des CHW par une tante. Elle espère obtenir des conseils grâce à ce contact

- *Qu'en est-il des jeunes et de la dépendance ?*
- *Qui est impliqué ? Contacter les parents*
- *Qu'en est-il du secret professionnel ?*
- *Comment soutenir les parents ? De quoi les parents ont-ils besoin ? Conseils pour les membres de la famille/les parents*

Situation 4

La famille Da Silva a émigré du Salvador vers la Belgique il y a trois ans. Ils parlent un peu le néerlandais, mais pas suffisamment pour avoir une conversation fluide. La famille Da Silva vit des allocations ; les deux parents sont au chômage et leur fille Luna (28 ans) travaille occasionnellement comme plongeuse (au noir) dans un restaurant brésilien.

La mère et le père Da Silva rendent régulièrement visite au CHW X. Au début, c'était pour des questions concernant les soins de santé, comme la mutuelle, l'hôpital, etc. Depuis quelques mois, cependant, ils contactent régulièrement le CHW au sujet de leur fille, surtout lorsqu'elle va mal.

Luna est entrée en contact avec la drogue pour la première fois dans le restaurant où elle travaille. Depuis, elle en consomme quotidiennement. Elle paie elle-même ou, lorsqu'il n'y a plus d'argent, avec l'argent de ses parents. Elle dit alors qu'il s'agit d'un déjeuner ou d'une soirée cinéma avec des amis.

Ses parents connaissent très bien la situation, mais trouvent difficile d'être durs (et de dire "non") envers leur fille parce qu'ils l'aiment. De plus, c'est eux qui ont choisi de s'installer en Belgique ; Luna disposait d'un très bon réseau social au Salvador. Depuis qu'elle vit en Belgique, Luna a du mal à se faire des amis, surtout à cause de la barrière de la langue. Le restaurant est le seul réseau dont elle dispose.

Le CHW n'est pas sûr de ce qu'il peut faire pour la famille. La famille recevait déjà un soutien par l'intermédiaire du COSM, mais ce soutien était limité parce que Luna a du mal à assister aux séances de thérapie en raison de la barrière de la langue.

- *Jusqu'où notre rôle d'écoute va-t-il ?*
- *Qu'en est-il des personnes qui ne peuvent pas suivre une thérapie parce qu'elles ne parlent pas le néerlandais ?*

Situation 5

Que se passe-t-il si votre bénéficiaire se présente à un rendez-vous alors qu'il est sous l'emprise de l'alcool ?

Lors d'une maraude, le CHW X s'entretient avec un couple. Klaartje (35 ans) et son compagnon Lars (38 ans) vivent dans la rue depuis un an et demi. Klaartje a travaillé comme travailleuse du sexe pendant un certain temps, mais a arrêté depuis un an. Tous deux sont maintenant au chômage.

Le CHW demande s'il peut faire quelque chose pour le couple, s'ils ont des questions spécifiques à lui poser en matière de santé. Klaartje dit qu'elle a une grosseur douloureuse au sein depuis plusieurs semaines, ce qui l'inquiète beaucoup. Elle n'a pas consulté de médecin depuis la mauvaise expérience qu'elle a eue avec son généraliste il y a six mois. Le médecin lui avait alors dit qu'il ne pouvait rien faire pour elle tant qu'elle prenait des médicaments. Il lui a également dit qu'avec l'argent qu'ils collectaient dans la rue, elle "ferait mieux d'acheter de la nourriture que des stupéfiants". Depuis, elle n'a pas osé le contacter.

Klaartje ne semble pas avoir les idées claires lorsqu'elle donne son explication. Elle semble anxieuse, confuse et incertaine. Elle parle à voix basse et vérifie que les autres n'écoutent pas.

Le CHW aimerait prendre rendez-vous pour Klaartje avec le médecin - et le spécialiste, mais il sait qu'il sera difficile d'y amener Klaartje dans un état de sobriété.

- *Qu'en est-il des bénéficiaires pour lesquels la conversation est difficile parce qu'ils sont sous influence ?*
- *Qu'en est-il des médecins qui refusent d'accepter des patients sous influence ?*
- *Qu'en est-il des intervenants stigmatisants ?*

Situation 6

Herman est un homme de 45 ans. En raison de multiples épisodes dépressifs, il prend des antidépresseurs et des somnifères depuis 15 ans. Récemment, Herman a également développé un diabète, pour lequel il prend

Aussi des médicaments. En outre, il souffre régulièrement de maux de tête ; il prend alors rapidement un certain nombre d'analgésiques.

Le CHW X vient pour une visite à domicile et voit tous les médicaments qui traînent sur la table de la cuisine. Il s'inquiète et demande si Herman prend tous ces médicaments quotidiennement. Herman répond par l'affirmative - lui-même ne pense pas que ce soit un problème de prendre autant de médicaments, d'autant plus que le médecin ne semble pas s'en préoccuper.

Le CHW X n'est pas sûr de ce qu'il doit faire. Il n'est pas lui-même un expert et ne sait donc pas quelles quantités sont acceptables. Il ne veut pas non plus inquiéter Herman.

Pourtant, le CHW pense qu'Herman pourrait être dépendant du médicament.

- *Qu'en est-il des soignants qui ne prennent pas le problème au sérieux ?*

Par exemple si le médecin ne prend pas au sérieux une dépendance aux médicaments, une dépendance au jeu ou une situation similaire.

Rapport d'activité Assuétude – Région Bruxelles, Wallonie et La Communauté germanophone

1 Contexte

En Wallonie et à Bruxelles, la mission d'accompagnement des Community Health Workers sur la thématique des assuétudes a été confiée au Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté. A travers ce partenariat, le RWLP propose un apport partant des besoins des CHW et des réalités, vécus et besoins d'une diversité de populations qui peuvent à la fois être concernées par l'appauvrissement, la pauvreté, et par la problématique des assuétudes. C'est en effet à destination de ces populations diversifiées que les CHW/facilitateurs.trices en santé exercent leurs missions, afin de rapprocher les systèmes de santé de leurs réalités.

Lors de la première année d'accompagnement (avril – décembre 2023), 6 journées d'intervision et/ou de formation à destination des CHW et de leurs responsables d'équipes ont été organisées afin de libérer la parole vis-à-vis de ce sujet sensible, de faire émerger les questionnements des CHW par rapport aux assuétudes, et d'apporter une première série de réponses : à travers l'exploration d'une typologie des produits et de leurs fonctions ; d'une cartographie des acteurs spécialisés assuétudes ; et de la communication vis-à-vis d'un public qui consomme. Un rapport d'activité a été rédigé pour décrire l'ensemble de ces activités.

En 2024, nous avons approfondi ces questions à partir de diverses méthodes :

- Des journées de formation/intervision
- Une formation spécifique par un acteur spécialisé pour chaque sous-groupe territorial
- Des immersions dans des structures spécialisées
- Une réflexion plus globale sur le rôle des CHW face à la thématique des assuétudes avec la coordination du projet et la référente assuétudes pour la région flamande.

Ce rapport établit le bilan de l'ensemble des activités qui ont été menées dans le cadre de cette deuxième année d'accompagnement, et tire quelques enseignements.

2 Les objectifs du projet

Pour rappel, l'accompagnement des CHW dans leur approche des assuétudes recouvre différents objectifs :

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

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

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

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

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

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

3 Rapport d'activités

Le rapport d'activité est subdivisé en quatre catégories : (1) les journées de formation/intervision avec les CHW ; (2) l'organisation d'immersions dans des structures spécialisées ; (3) les réunions de coordination et (4) les activités annexes.

3.1 Journée de formation/intervision avec les CHW

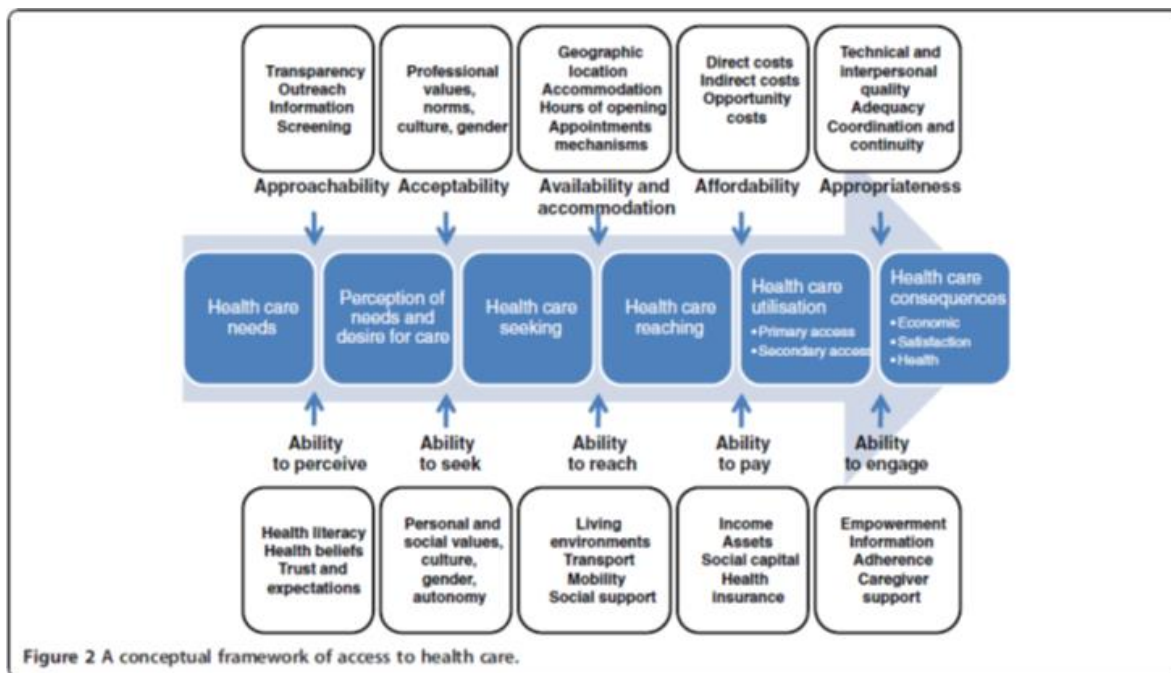
Cinq journées de formations et/ou intervision ont été organisées en 2024 pour les CHW et leurs responsables d'équipe. Ces journées de séminaires font suite aux six premiers organisés en 2023. Chaque sous-groupe territorial de CHW (3) a en outre eu l'opportunité de suivre une formation avec un acteur spécialisé actif sur son territoire.

Comme lors de la première année d'accompagnement, des experts du vécu du SPP Intégration sociale qui travaillent dans des institutions du secteur de la santé ont participé à ces journées de formation/intervision au côté des CHW, afin de croiser les expériences.

Chaque journée de séminaire ou de formation est décrite ci-dessous. Les temps de préparation de ces journées (recherche de contenu, contact avec les intervenants, préparation logistique de l'accueil des CHW dans les locaux, ...) ne sont pas décrits mais à prendre en compte dans ce rapport d'activités.

3.1.1 Séminaire 7

Le Séminaire 7 a eu lieu le 13 février 2024 dans les locaux du RWLP à Namur. Cette première rencontre de l'année ne concernait que les Community Health Workers (pas leurs responsables d'équipes, ni les experts du vécu). Il a en effet été pensé comme une intervision : il était nécessaire que les CHW puissent s'exprimer librement face aux situations qu'ils rencontrent au quotidien dans le cadre de leur mission.

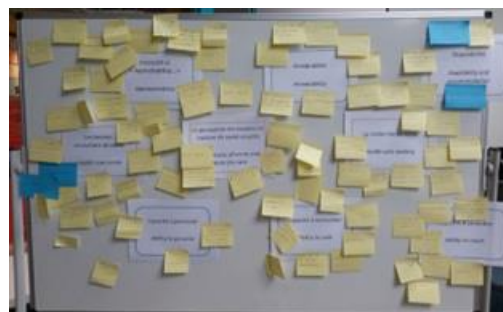


Lors de cette journée, nous avons réfléchi aux pratiques des CHW à partir du cadre conceptuel de l'accès aux soins développé par Levesques et al. (2013)¹⁴. Ces auteurs définissent l'accès aux soins comme la possibilité d'atteindre et d'obtenir des services de santé appropriés en cas de besoin, et abordent l'accès aux soins comme une interface entre les caractéristiques des patients et les systèmes de santé. Ils ont défini un « continuum d'accès aux soins » qui décrit l'ensemble des étapes nécessaires et conditions à remplir pour que l'accès puisse se réaliser, tant du point de vue de la capacité des individus que de l'accessibilité du système (voir figure ci-dessous).

En tant que relais entre les personnes éloignées du système de santé et ce dernier, il a tout d'abord été demandé aux CHW de situer l'ensemble des activités qu'ils mènent au quotidien dans ce cadre d'analyse. Nous avons ensuite proposé aux CHW de réfléchir en sous-groupes aux barrières spécifiques et aux difficultés rencontrées dans l'accompagnement de personnes usager.e.s de drogues, quelles qu'elles soient. Les CHW pouvaient également noter des signaux structurels, c'est-à-dire des barrières aux soins plus globales sur lesquelles ils n'ont pas de pouvoir d'agir direct.

Cette première journée de séminaire a donc permis aux CHW d'échanger sur leurs pratiques, de pointer des difficultés spécifiques qu'ils rencontrent dans l'accompagnement du public, de nouveaux questionnements face à la thématique, et de récolter une série de signaux structurels. Ceux-ci seront explicités dans la dernière partie de ce rapport.

La journée s'est clôturée avec une présentation sur un produit : le protoxyde d'azote.



¹⁴ Levesque et al: *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. International Journal for Equity in Health 2013 12:18.

3.1.2 Séminaire 8

Le Séminaire 8 a eu lieu le 14 mars 2024 dans les locaux du RWLP puis au Théâtre Jardin Passion à Namur. Les CHW de Wallonie et de Bruxelles, leurs responsables d'équipe et des experts du vécu étaient conviés.

A la demande des CHW, la matinée a été consacrée à un produit : le cannabis et ses dérivés. A partir de vidéos et de documents écrits, nous avons tenté de mieux appréhender ce produit, ses différents modes de consommation et usages, ses risques notamment pour un public jeune. Nous avons également discuté autour du débat public sur la légalisation, et des avantages et risques d'une telle politique.

Nous avons ensuite échangé à partir du texte du sociologue Pierre Roche intitulé « L'implication des jeunes dans le trafic : Quelle prévention ?² ». Bien que ce sociologue a travaillé en France, et majoritairement dans la ville de Marseille, son étude des difficultés rencontrées par les professionnels qui accompagnent des jeunes impliqués dans le trafic de drogues est instructive pour les CHW, et donne des conseils précieux pour aider les jeunes à en sortir, dans une démarche de réduction des risques, éthique mais non-moralisante.

L'après-midi, nous nous sommes rendus au Théâtre Jardin Passion pour découvrir et échanger autour du spectacle « Six pied sur terre » de Jean-Luc Piraux. Bien que ce spectacle n'aborde pas directement la thématique des assuétudes, il traite sur un ton tragicomique de la santé, de la vieillesse, de l'accompagnement dans la fin de vie et de la mort. Il a d'ailleurs permis des échanges intéressants entre CHW à propos de l'accompagnement de personnes âgées.



3.1.3 Séminaire 9

Le Séminaire 9 a eu lieu le 4 avril 2024 à Bruxelles, où nous étions accueillis par le SPP Intégration sociale, et plus particulièrement le service des Experts du vécu.

Durant la matinée, nous avons discuté des médicaments susceptibles de créer une dépendance, et plus particulièrement des benzodiazépines en partant d'un documentaire de la RTBF⁵. Nous avons ensuite discuté des campagnes de prévention existantes face à ce type de produit, et des possibilités d'aides qui peuvent être proposées aux personnes, telles que les plans de sevrage qui peuvent être mis en place entre un patient, son médecin et son pharmacien.

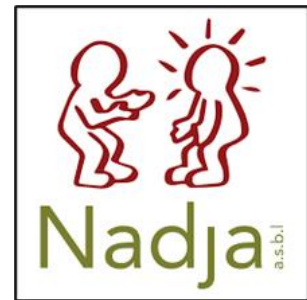
L'après-midi, le service des experts du vécu du SPP IS a présenté ses missions, et plusieurs expert.e.s du vécu dans le secteur de la santé ont expliqué leur rôle au quotidien dans les structures (hôpitaux, mutuelle, CAAMI) où ils travaillent.

Nous avons ensuite clôturé la journée autour d'une brève présentation de la campagne 2024 du RWLP qui porte sur l'impact du logement sur la santé, et les CHW ont eu l'occasion de contribuer à cette campagne en témoignant des situations qu'ils rencontrent sur le terrain.

⁵ <https://auvio.rtbf.be/media/investigation-somniferes-anxiolytiques-erreurs-medicales-2976769>

3.1.4 Formation pour les CHW de Liège, Verviers et Eupen par l'Asbl Nadja

Le 28 mai, les CHW de Liège, Verviers et Eupen, avec leur responsable d'équipe, se sont rendus dans les locaux de l'Asbl Nadja pour une journée de formation. Cette structure travaille principalement autour de trois axes : le traitement et soutien psychologique, la prévention et le centre de documentation. Le RWLP avait eu l'occasion de rencontrer les formateurs lors d'une réunion le 12 février 2024 à Liège pour discuter de la demande de formation et des principaux questionnements des CHW, en cohérence avec les séminaires déjà organisés auparavant dans le cadre de cet accompagnement.



Lors de la formation, les travailleurs de Nadja ont pu exposer la vision qui sous-tend leur approche : une approche communicationnelle et systémique, qui s'intéresse tant à l'individu et au produit qu'à l'environnement, et qui considère l'ambivalence des consommations, en ce compris les intentions positives. A partir de cette posture, la consommation est d'abord considérée comme un comportement à mieux comprendre à partir de différents questionnements : Qu'est-ce qui motive à consommer le produit ? Qu'est-ce que ce produit apporte de positif ? Quelle place l'individu trouve-t-il dans son environnement ? Cet environnement lui offre-t-il d'autres choix que la consommation du produit ? Etc.

Les CHW ont également pu découvrir différents outils tels que « Mille et une valeurs » qui permet de réfléchir à ses propres valeurs vis-à-vis des consommations et à adopter une posture de non-jugement ; ou encore « La roue des drogues » qui catégorise les substances psychotropes suivant les effets attendus. La formation a également abordé la problématique des rechutes, comme faisant partie intégrante du parcours ou de la dynamique des personnes confrontées à des assuétudes.

3.1.5 Formation pour les CHW de Bruxelles par le projet Cover

Les CHW actifs sur la région bruxelloise ainsi que leur responsable d'équipe et leur coordinatrice ont reçu la formation « Assuétudes et Pauvreté » proposée par le coordinateur de l'équipe mobile Cover (Projet Lama) le 30 mai.



Cette demi-journée de formation a permis d'aborder différentes thématiques : les stéréotypes liés à l'usage de drogues, les différentes formes de stigmatisation des usager.e.s et leurs conséquences sur le non-recours aux droits, y compris le refus de soin ; ou encore la fonction des produits.

Cette formation a également permis de mieux comprendre les postulats à la base d'une approche de réduction des risques qui travaille en ligne 0,5 avec des publics très précarisés et de répondre à plusieurs questionnements des CHW concernant l'approche du public, la communication, le cadre et les limites du travail. Enfin, la diversité et le rôle des acteurs qui travaillent en ligne 0,5 sur le territoire de Bruxelles ont été discutés.

Comme à Liège, le formateur a insisté sur la prise en compte des parcours, et sur la compréhension des effets recherchés par la consommation, y compris le versant positif du produit dans la vie de la personne.

3.1.6 Formation pour les CHW de Charleroi par l'Asbl Trempoline

Enfin, les CHW de Charleroi et leur responsable d'équipe ont participé à une journée de formation au sein de l'Asbl Trempoline à Chatelet. Contrairement aux deux autres acteurs de formation, Trempoline propose un programme résidentiel post-cure et prône l'abstinence comme moyen de rétablissement.



Lors de cette formation, les CHW ont pu visiter la communauté thérapeutique avec un résident qui a expliqué la démarche et les règles de vie. Ils ont également pu découvrir et expérimenter différents outils, tels que les stades de changement de Prochaska et Di Clemente ; l'outil échiquier ; ou la démarche de confrontation bienveillante.

Les CHW ont également eu l'opportunité d'échanger avec des travailleurs du service social de Trempoline et de l'équipe qui travaille avec les familles et proches des personnes dépendantes.

Comme les CHW de Liège et de Bruxelles, la formation a également permis aux CHW de se questionner sur les propres représentations et valeurs autour des assuétudes et de la consommation, afin d'éviter de se positionner en « donneurs de leçons ». La question de l'absence, du vide, du deuil de la consommation a été centrale durant cette formation, de même que l'importance du cadre, des limites, d'une structure.

3.1.7 Séminaire 10

Le séminaire 10 a eu lieu le 9 juillet 2024 dans les locaux du RWLP à Namur et a été consacré à la présentation, par chaque groupe territorial des CHW, des formations reçues chez Nadja, le projet Cover et Trempoline. Les CHW, leurs responsables d'équipe ainsi que la coordinatrice assuétudes flamande ont participé à cette journée.



En matinée, les différents groupes se sont réunis pour un temps d'échange et de mise en commun autour des formations reçues, et la préparation des présentations. L'après-midi, les trois groupes ont successivement présenté l'acteur qui les a accueillis en formation, ses missions, les grandes thématiques abordées lors de la formation et les leçons qu'ils en tirent. Certains groupes ont également présenté un outil qu'ils ont découvert en formation et qui leur paraissait utile ou pertinent pour l'ensemble du groupe.

Nous avons synthétisé la journée en discutant du positionnement des trois acteurs sur un double axe : bas-seuil vs. haut-seuil et paradigme de l'abstinence vs. réduction des risques. Une des conclusions de cette journée concernait la richesse d'une diversité d'acteurs aux missions et aux positionnements variés. En tant que relais vers des services de santé, il est utile que les CHW soient informés sur les différentes approches face à une problématique d'assuétudes, et sur les différents types d'acteurs vers lesquels ils peuvent orienter le public, en fonction de sa demande.

3.1.8 Séminaire 11

Le séminaire 11 a eu lieu le 5 décembre 2024 dans les locaux du RWLP à Namur.

Lors de ce dernier séminaire de l'année, les CHW ont pu rendre compte et échanger à partir des expériences d'immersions de certains d'entre eux au sein des services Trans-It, Diogènes, Citadelle (Tournai) et de Réduction des risques du Relais social liégeois. Ce retour sur expérience a permis à la fois de présenter ces différentes structures et leurs services aux autres CHW, mais également de discuter des approches qu'ils promeuvent et des opportunités de partenariat et de complémentarité avec le programme CHW.

L'après-midi du 5 décembre a été consacrée au travail sur les signaux récoltés par les CHW en matière d'assuétudes. Sur base d'une première ébauche, ils ont amendé et complété la liste des signaux et priorisé les recommandations qui en découlent à partir de leur posture de relais et lien entre le public cible et les acteurs de la santé. Les résultats de ce travail collectif sont présentés dans la dernière section de ce rapport.

3.2 Immersions dans des structures spécialisées

Un deuxième axe important de l'accompagnement des CHW dans leur approche des assuétudes durant cette année a donc été l'organisation d'immersions. Dès juillet 2024, les CHW ont pu proposer des lieux d'immersions qu'ils souhaitaient pouvoir découvrir ou mieux connaître.

Les structures en question pouvaient être des acteurs résidentiels ou ambulatoires, qui travaillent la thématique des assuétudes de façon directe ou indirecte (par ex. des travailleurs en rue qui sont en contact fréquent avec un public usager de drogues). Les CHW avaient également la possibilité de proposer une structure active sur le même territoire qu'eux ou en dehors, et de demander à réaliser cette immersion seul.es ou en duo.

Ces immersions ont été pensées dans plusieurs buts : mieux appréhender le réseau assuétudes et sa diversité, avec l'objectif de développer la continuité d'accompagnement des personnes ; trouver la place des CHW dans ce réseau et la complémentarité des rôles ; identifier de nouveaux partenariats formels à développer à l'avenir pour ancrer les CHW dans ce réseau.

Les contacts avec les structures proposées (18) ont été établis via le RWLP durant le dernier trimestre 2024. Les mails envoyés pour un premier contact ont majoritairement été suivis d'un appel téléphonique pour préciser la demande et les conditions d'accueil des CHW. Chaque CHW recevait ensuite le nom et les coordonnées de la personne référente au sein de la structure afin de convenir de la date et des modalités d'immersion.

Le RWLP a également élaboré et transmis un questionnaire aux CHW préalablement aux immersions, de façon à susciter une série de questionnements et de points d'attention pour rendre compte de leur expérience d'immersion. Le questionnaire est structuré quatre parties :

- Informations générales sur la structure d'immersion
- Description des activités lors de l'immersion

- Réflexions du CHW vis-à-vis de sa fonction : qu'est-ce que cette immersion m'a appris ? Ce que j'en retiens.
- Réflexion du CHW vis-à-vis d'un potentiel partenariat avec la structure d'immersion

Début décembre 2024, 7 CHW ont effectivement pu vivre leur journée d'immersion dans la structure qu'ils souhaitent visiter et proposer un retour sur expérience à leurs pairs lors de la journée du 5 décembre 2024 (voir point ci-dessus). Les lieux d'immersion étaient les suivants : Infirmiers de Rue, Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens, Centre Alfa, Cap Fly, Trans-it, Diogènes et l'Asbl Citadelle. Les immersions pour 10 autres CHW sont en outre prévues au cours des mois de décembre 2024 et janvier 2025 au sein des services Des Hautes Fagnes, d'Interstices Saint Pierre, du Projet Lama, de la MASS, de Trempline, de l'Espérance-Jolimont et de Médecin du monde. Des premiers contacts ont été pris avec le Centre Louis Hillier, le service Psy107 du Mont Léglia et Odysée.

Une partie des CHW n'a pas pu réaliser son immersion en 2024, et ce pour différentes raisons : longue période d'absence du CHW, CHW entré en fonction durant le dernier trimestre 2024, difficultés dans la prise de contact avec la structure d'immersion, manque de temps des structures pour accueillir le CHW. Ces derniers auront la possibilité de réaliser l'immersion en 2025. Notons également que les CHW qui ont déjà effectué une immersion en 2024 mais souhaiteraient découvrir une seconde structure en 2025 auront l'opportunité de le faire.

3.3 Réunions de coordination

Pour élaborer le contenu et organiser l'ensemble de cet accompagnement assuétude, le RWLP et la coordination du programme CHW ont tenu plusieurs réunions conjointes au cours de l'année 2024. Les réunions avec la coordinatrice des assuétudes pour les CHW de Flandre ont également été plus fréquentes cette année :

- Le 19 janvier de 9h30 à 10h30 (visioconférence) : réunion sur les rapports d'activités de l'accompagnement assuétudes pour l'année 2023 (Participant(e)s : Céline Deville, Karen Mullié, Debby Pauwels).
- Le 6 février de 13h30 à 14h30: retour sur les activités menées en 2023 suite à un congé de maternité (Participant(e)s : Céline Deville, Laura Nothelier).
- Le 12 février de 11h30 à 12h30 : réunion sur les rapports d'activités de l'accompagnement assuétudes pour l'année 2023 (Participant(e)s : Céline Deville, Karen Mullié, Debby Pauwels).
- Le 15 mars de 12h30 à 13h30: préparation du séminaire du 4 avril et des formations pour les sous-groupes territoriaux (Participant(e)s : Céline Deville, Laura Nothelier, Houria Bounouch)
- Le 15 avril de 10h à 11h préparation de la participation des CHW au débatorium du RWLP (Participant(e)s : Céline Deville, Laura Nothelier, Houria Bounouch)
- Le 17 mai de 10h à 11h : organisation des formations pour les sous-groupes territoriaux + organisation des immersions et dates du dernier trimestre (Participant(e)s : Céline Deville, Laura Nothelier, Houria Bounouch)
- Le 11 juin 2024 de 14h30 à 16h: présentation du programme d'accompagnement assuétudes en Wallonie et en Flandre + réflexion commune sur les rôles et limites des CHW (Participant(e)s : Céline Deville et Marie-Lise Nedee)
- Le 16 juillet 2024 de 11h à 12h: retour sur la participation de la coordinatrice assuétudes en Flandre au séminaire 10 et réflexions complémentaires quant au rôle et aux limites du travail des CHW sur la thématique des assuétudes (Participant(e)s : Céline Deville et Marie-Lise Nedee)
- Le 23 juillet de 13h30 à 14h30: organisation des immersions et évaluation de l'accompagnement à travers des données qualitatives/quantitatives (Participant(e)s : Céline Deville, Laura Nothelier, Houria Bounouch).

- Le 30 août 2024 de 10h à 11h: réunion de réflexion sur l'accompagnement des CHW à partir d'études de cas élaborées par la coordinatrice flamande et réflexion sur l'enregistrement des suivis en lien avec la thématique des assuétudes (Participant(e)s : Céline Deville et Marie-Lise Nedee)
- Le 10 septembre de 9h à 10h: réunion sur le suivi des immersions et l'élaboration du plan d'action 2025 (Participant(e)s : Céline Deville, Laura Nothelier, Houria Bounouch, Alicia Sculteur, Jennifer Demblon).
- Le 17 septembre de 13h30 à 15h : réunion de coordination sur les assuétudes et réflexion sur un outil d'enregistrement des suivis en lien avec la thématique des assuétudes (Participant(e)s : Céline Deville, Karen Mullié, Marie-Lise Nedee, Laura Nothelier, Houria Bounouch, Matthias Neelen).
- Le 26 novembre de 12h30 à 13h30 : réunion de coordination pour préparer l'année 2025 (Participant(e)s : Céline Deville, Gaëlle Peters, Laura Nothelier, Houria Bounouch).

Nous avons également participé au comité d'accompagnement de l'INAMI lors de la séance du 24 avril 2024, où nous avons présenté le rapport d'activités 2023 et les actions planifiées en 2024.

Un sujet qui a été fortement mis au travail durant cette année 2024 lors des réunions de coordination est la question du cadre d'intervention des CHW en matière d'assuétudes. Nous avons tout d'abord réfléchi à la pertinence d'un tel cadre et aux limites à poser, ainsi qu'à l'importance de rappeler le rôle de relais des CHW qui ne doivent pas devenir des spécialistes des assuétudes, mais avant tout des relais informés sur et connectés aux réseaux existants pour la prise en charge des problématiques de consommation. L'objectif de cet accompagnement est aussi d'approfondir la compréhension des assuétudes et de leurs impacts pour permettre aux CHW de mieux appréhender certains comportements des usagers et donc de mieux les accompagner dans certains suivis non liés à l'assuétude en tant que telle, mais influencés par celle-ci. Cette réflexion sur le cadre et les limites de l'action des CHW en matière d'assuétudes se poursuivra en 2025, sur base du travail en cours par la coordination des CHW à propos des missions générales du programme.

Un autre sujet de réflexion concerne l'enregistrement des suivis en lien avec les assuétudes ; le programme souhaite en effet pouvoir mieux documenter les actions des CHW en lien avec les problématiques d'assuétudes. La quantification des suivis, à travers l'outil d'enregistrement existant, est envisagée mais la réflexion doit se poursuivre en 2025 pour trouver les meilleures modalités d'enregistrement. Celui-ci doit en effet être à la fois pragmatique pour les CHW, pertinent pour l'analyse des suivis et respecter des principes déontologiques et de non-stigmatisation du public concerné. Le RWLP propose de continuer à accompagner cette réflexion en 2025.

3.4 Activités annexes

Au-delà des activités citées ci-dessus, notons que cette année encore, une partie des CHW de Wallonie et de Bruxelles ont participé à deux événements organisés par le RWLP :

- Le débat organisé le 25 avril en soirée à Namur.
- La journée mondiale de lutte contre la pauvreté le 17 octobre à Namur.

La participation à ces activités fait sens car elle permet aux CHW de découvrir les activités du RWLP, et donc de renforcer le partenariat entre nos structures, mais surtout d'entendre les témoignages, vécus, recommandations issues des premières et premiers concernés par la pauvreté et l'exclusion sociale.

Les réunions conjointes entre la coordination et les responsables d'équipe wallons des CHW continuent en outre de se dérouler dans les locaux du RWLP à Namur.

4 Suivi des objectifs et axes du projet

Comment les activités de l'accompagnement assuétudes en 2024 ont-ils permis de répondre aux objectifs et axes du projet ? C'est ce que nous allons discuter dans les sous-section qui suivent, à partir des retours des CHW et de leurs responsables d'équipe.

4.1 Renforcer les connaissances et compétences des CHW et de leurs responsables d'équipes face aux questions d'assuétudes (Axes 1 et 6)

L'accompagnement assuétudes a poursuivi le travail entamé dès 2023 concernant les axes 1 et 6 qui sont définis comme suit :

- **Axe 1** : Elaborer un cadre de soutien pour les CHW dans la mise en œuvre d'interventions et d'actions dans le cadre desquelles ils sont confrontés au problème des assuétudes
- **Axe 6** : Accroître l'expertise du coordinateur et des coachs sur les questions d'assuétudes afin de mieux soutenir les CHW.

Selon les CHW, l'accompagnement assuétudes leur a permis de prendre du recul par rapport à leur préconceptions et jugements sur la consommation de drogues, et donc d'adopter une posture moins normative, plus à l'écoute des personnes et de leurs besoins, qui tient en compte de leur parcours :

« On adopte un regard plus positif sur la consommation, moins jugeant. Il faut situer la personne dans son parcours. L'accompagnement assuétudes nous a permis de dé-diaboliser les consommations, dès l'entrée en contact » (Responsable d'équipe).

Cela n'efface cependant pas toutes les appréhensions qui peuvent exister vis-à-vis d'un public qui consomme, notamment durant les maraudes où des CHW peuvent être réticents à entrer en contact avec des personnes ou groupes qui pourraient être sous influence. Tout cela confirme la nécessité de développer un cadre d'intervention clair pour les CHW, et notamment l'importance du travail d'équipe, en duo (entre CHW ou avec d'autres intervenants), lorsque le CHW ne se sent pas à l'aise.

« Il y a des personnes qui consomment, que je connais, et vers qui je vais sans soucis. Mais si je me retrouve seule sur une place avec un groupe de cinq gars, je ne suis pas à l'aise d'y aller seule. C'est un peu dommage, car du fait de notre appréhension, on ne va pas aller vers ces gens-là » (CHW)

L'accompagnement, et notamment les formations avec des acteurs spécialisés, ont également permis aux CHW d'avoir des clés pour entrer en contact avec les personnes, pour communiquer de façon positive, en mettant en avant la capacité d'action des personnes pour leur redonner de la dignité. Plusieurs acteurs rencontrés ont rappelé l'importance de se mettre à l'écoute et de ne pas chercher à faire à la place de, à « sauver à tout prix » la personne, mais accepter aussi son impuissance lorsqu'il y a un refus d'aide. Le rôle des CHW à cet égard est avant tout d'ouvrir des portes, de proposer des pistes de suivi, de traitement, d'accompagnement :

« C'est très utile de recevoir les conseils de personnes qui travaillent dans des associations déjà expertes sur la question » (CHW).

Enfin, en réponse à la demande des CHW sur du contenu plus « théorique » sur les assuétudes, et notamment sur les produits en tant que tels, nous avons approfondi les connaissances de certains de ces produits lors des journées de séminaire de cette année 2024. Nous avons également pu renvoyer les CHW vers des outils de prévention et de réduction des risques (brochures, sites, lieux, ...).

Une demande des CHW est de renforcer davantage leurs connaissances en matière de matériel et de principes de réduction des risques en 2025.

4.2 S'inscrire dans les réseaux et créer des partenariats (Axes 2, 3 et 5)

Plusieurs activités menées en 2024 ont cherché à mieux inscrire les CHW dans les réseaux assuétudes existants et à créer des partenariats avec les acteurs spécialisés, ce qui correspond à trois axes du projet :

- **Axe 2** : Partenariats dans le secteur de la santé mentale, liés au thème du développement des assuétudes et assurant le suivi.
- **Axe 3** : Participer aux réseaux existants de lutte contre les assuétudes
- **Axe 5** : Construire des ponts avec les initiatives déjà connues sur le terrain, à la fois les partenaires du livre blanc du projet et les partenaires en dehors du livre blanc des projets.

C'est notamment à cet égard que nous avons choisi cette année de proposer à chaque sous-groupe de CHW une journée de formation avec un acteur spécialisé assuétudes important sur le territoire où ils travaillent. Ces formations ont permis une meilleure interconnaissance entre ces acteurs et le programme CHW, et ont notamment donné lieu à un partenariat plus formel sur le territoire de Charleroi. En effet, suite à cette formation, l'équipe des CHW de Charleroi a été rencontrer Alter Ego, le service de l'Asbl Trempline qui travaille avec les personnes consommatrice incarcérées :

« Nous envisageons de mettre en place une permanence avec eux pour toucher un maximum de personnes. Il est parfois difficile d'atteindre ce public, et le fait d'organiser une permanence dans les locaux d'Alter Ego permettra d'établir un meilleur contact dans un environnement connu et familier. Ce public, qui est souvent stigmatisé, a tendance à abandonner ses démarches qui sont longues et chronophages, et cela entrave son accès aux soins » (Responsable d'équipe).

Les immersions ont également pour but de renforcer à la fois la connaissance des CHW et de leurs responsables d'équipes vis-à-vis du secteur des assuétudes, de son fonctionnement, et de sa diversité. Cette connaissance des différents acteurs qui composent leur secteur est importante pour permettre aux CHW d'ouvrir les bonnes portes, de faire le lien avec les bons services lorsqu'une demande est formulée par les personnes qu'ils accompagnent. Elles permettent également à certaines de ces structures de découvrir ou mieux connaître les missions et territoires d'action des CHW.

Une réunion de coordination devra être organisée dès le début de l'année 2025 pour discuter de l'opportunité de nouer d'autres partenariats à partir du retour sur expériences sur les immersions. De nouvelles immersions auront également lieu en 2025 pour continuer d'enrichir les contacts et connaissances des CHW et les inscrire encore davantage dans les réseaux assuétudes.

Notons enfin qu'en 2024, le partenariat avec le service des Experts du vécu du SPP IS s'est poursuivi et que plusieurs de ces experts du vécu ont participé aux journées de séminaires organisées pour les CHW. Avec leur direction, ils ont également eu l'occasion de présenter leur travail aux CHW lors du séminaire 8.

4.3 Récolter les signaux (Axe 4)

Enfin, l'**axe 4** du projet vise à « recueillir les signaux des facilitateurs en santé/CHW en matière d'assuétudes ». Ce recueil des signaux est transversal à l'accompagnement des CHW dans leurs missions. Durant cette année, plusieurs signaux déjà identifié auparavant ont été remis en avant par les CHW.

Les principaux signaux identifiés sont les suivants :

- **La saturation de l'offre de soutien, de traitement, de prise en charge des problématiques d'assuétudes :**
 - Manque de place dans les structures d'accueil, de soins, de cure et post-cure.
 - Services ambulatoires débordés
 - Listes d'attente
 - Grande disparité dans l'offre de service sur les territoires, y compris entre les territoires de Bruxelles.
- **Le coût de certains services de santé mentale ou d'hospitalisation** qui peut être un frein à une prise en charge nécessaire et souhaitée par la personne (même lorsque la couverture maladie est effective), ou facteur d'appauvrissement et/ou d'endettement. Le coût des transports pour se rendre vers ces services est également un frein.
- **Le manque d'information du public - et des services intermédiaires qui pourraient relayer vers - par rapport à l'existence de ces services et à leurs spécificités.**
« Il existe des services et associations souvent gratuites, mais pas toujours connues du public » (CHW).
- **La stigmatisation et le refus d'un public usager de drogues dans différents services et à différents droits, notamment :**
 - Dans l'accès au logement
 - Auprès de certains soignants et services de santé, notamment des hôpitaux. Les CHW constatent qu'il est par exemple difficile de trouver des médecins qui acceptent de suivre des patients qui nécessitent des ordonnances de méthadone, ainsi que des pharmacies qui en délivrent. Ils interprètent ceci comme une crainte, de la part de ces professionnels, de créer « un appel d'air ». Certains constatent également des refus de soins pour des personnes sous influence.
 - Dans les CPAS, et notamment vis-à-vis de demande de prise en charge de soins médicaux pour des personnes usagères de drogues. Un CHW souligne que dans un CPAS, une AS refusait même d'introduire la demande de l'usager auprès du comité.
« Beaucoup de services refusent ce public, avec les mêmes préjugés que nous même, nous pouvons avoir » (CHW).

Face à ces constats, les CHW affirment l'importance de l'accompagnement assuétudes, et le besoin de former davantage de professionnels de première ligne sur cette thématique afin de prendre distance avec les préjugés et d'offrir des services de qualité et dignes pour toutes et tous.
- **La complexité des situations et parcours de vie des personnes usager.e.s de drogues, qui compliquent l'accompagnement :**
 - La santé (et l'accès aux soins) n'est pas nécessairement leur priorité, par rapport à d'autres droits tels que le logement, l'alimentation, qui ont d'ailleurs un impact crucial sur l'état de santé. Ces déterminants sociaux de la santé méritent une attention particulière à tous les niveaux afin d'agir sur la santé dans sa globalité.
 - Certaines personnes sont également fortement isolées et cherchent à correspondre aux injonctions à l'abstinence pour être considérées : *« Les personnes viennent à la permanence pour boire un café, être au chaud, un peu échanger... il viennent un peu en faisant miroiter qu'ils ont envie de s'en sortir [des consommations], mais ce n'est pas vraiment le but recherché. Ils viennent surtout chercher un peu de liens » (CHW).* Il existe trop peu de lieux qui leur permettent de créer ce lien et d'être reçus dans la dignité, sans jugement et sans conditions.

- La difficulté d’orienter vers les bons services lorsque différentes problématiques se croisent, et le manque de lieux d’accueil pluridisciplinaires qui ont le temps et la possibilité d’accompagner ces personnes de façon globale. « *Ce n’est pas toujours facile de relayer vers les bonnes associations. Assuétudes et autres problématiques : qu’est-ce qu’on gère en premier ?* » (CHW).
- La temporalité des personnes ne correspond pas au fonctionnement, aux horaires parfois rigides des services et cela provoque des rendez-vous manqués.
- Les règles d’accès (heures de rendez-vous, formalités) et conditions d’accès (règlement d’ordre intérieur, ...) de certaines structures représentent aussi une barrière à l’accès aux services des personnes consommatrices et fortement précarisées. Les CHW remarquent également que certaines personnes exclues par le passé de structures de soin peuvent alors en être « blacklistées » et qu’ils peinent à trouver l’offre dont ils ont besoin par la suite.
- Les CHW déplorent aussi le peu de moyens consacré à la prévention, notamment vis-à-vis d’un public jeune. Les actions de prévention en milieu scolaire et dans les milieux de vie (associatifs, de quartiers, ...) doivent être soutenues.
- Enfin, ils remarquent qu’une demande fréquente des personnes usagères de drogues concerne le matériel d’hygiène et de réduction des risques. C’est une manière d’accrocher le public, mais les CHW doivent alors réorienter vers d’autres structures.

Résultats de l'enquête sur la thématique des assuétudes

1 Introduction

Un questionnaire anonyme en ligne a été administré aux CHW en novembre et décembre 2024. L'objectif était de comprendre dans quelle mesure les CHW sont en contact avec des personnes rencontrant des difficultés liées au tabac, à l'alcool, aux drogues (illégales), aux médicaments, aux jeux d'argent ou au sexe. En l'absence de diagnostic, il n'est pas possible de déterminer clairement s'il s'agit d'une dépendance ou d'un abus de substances ; nous avons donc choisi la formulation "problèmes liés à l'usage de substances ou aux comportements".

Le questionnaire consistait en une combinaison de sept questions fermées à choix multiples et de quatre questions ouvertes, et portait sur plusieurs aspects : les problématiques que les CHW rencontrent régulièrement, leur fréquence, le profil des bénéficiaires et l'impact de ces problématiques sur leur travail. Le questionnaire était disponible en néerlandais et en français. La section suivante présente les résultats de cette enquête.

2 Resultats

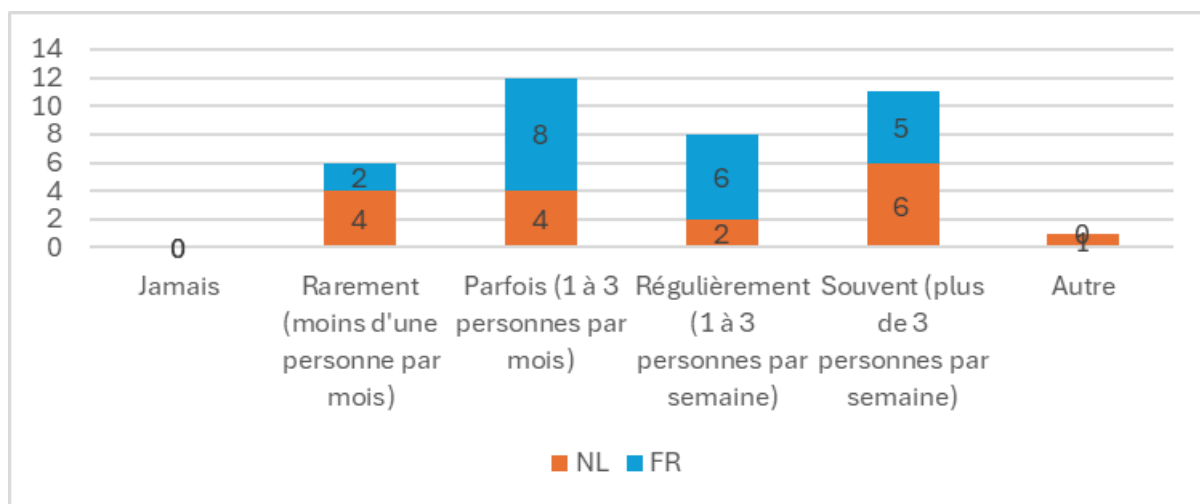
2.1 Réponse

La version néerlandaise du questionnaire a été complétée par 17 CHW et la version française par 22 CHW, soit un total de 39 répondants. Le questionnaire ayant été envoyé à l'ensemble des 49 CHW actifs dans le programme, le taux de réponse s'élève à 79,5 %. Pour garantir l'anonymat des participants, aucune information sociodémographique n'a été recueillie.

2.2 Fréquence des contacts

Le graphique 1 ci-dessous montre à quelle fréquence les CHW rencontrent, dans le cadre de leur travail individuel, des personnes confrontées à un ou plusieurs des problèmes susmentionnés. Les réponses sont réparties par langue, avec les barres orange représentant les CHW néerlandophones et les barres bleues les CHW francophones.

Graphique 1 : Fréquence des contacts des CHW avec des personnes présentant un ou plusieurs de ces problèmes

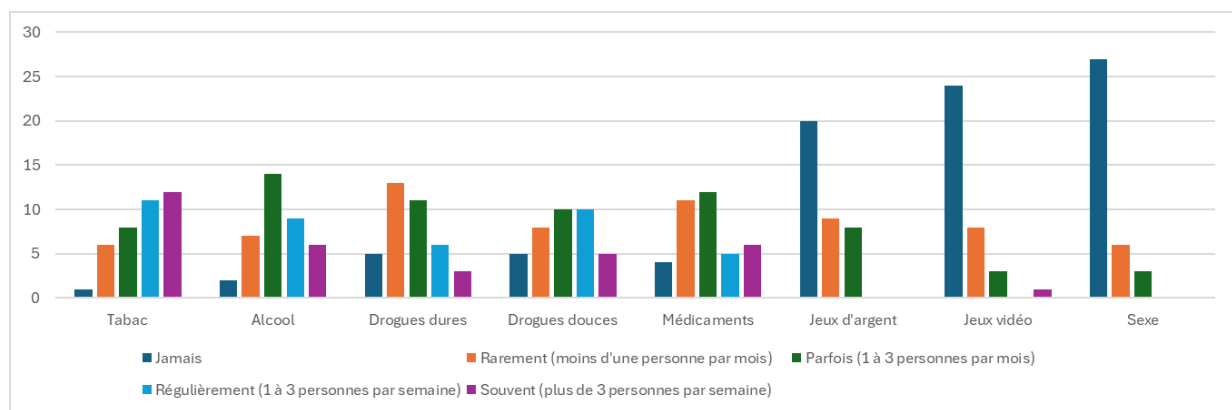


Ces résultats montrent que la plupart des CHW sont régulièrement en contact avec des personnes rencontrant des problèmes liés à l'usage de substances ou au comportement. Aucun CHW n'a indiqué ne jamais être confrontés à de telles situations. Six CHW ont déclaré que cela arrivait rarement (moins d'une personne par mois). En effet, la majorité déclarent une fréquence plus élevée. Parfois (1 à 3 personnes par mois) et souvent (plus de 3 personnes par semaine) sont les réponses les plus courantes, avec respectivement 12 et 11 CHW au total. Huit CHW ont indiqué qu'ils rencontraient ces problèmes régulièrement (1 à 3 personnes par semaine). Un CHW a donné une réponse ouverte dans la catégorie "autre", précisant qu'il devait apporter un soutien quotidien à une personne souffrant de tels problèmes.

2.3 Fréquence des différentes problématiques

Les CHW ont également été interrogés sur la fréquence des problèmes liés au tabac, à l'alcool, aux drogues dures, aux drogues douces, aux médicaments, aux jeux d'argent, aux jeux de hasard ou au sexe.

Graphique 2 : Fréquence des contacts des CHW avec les personnes ayant des problèmes

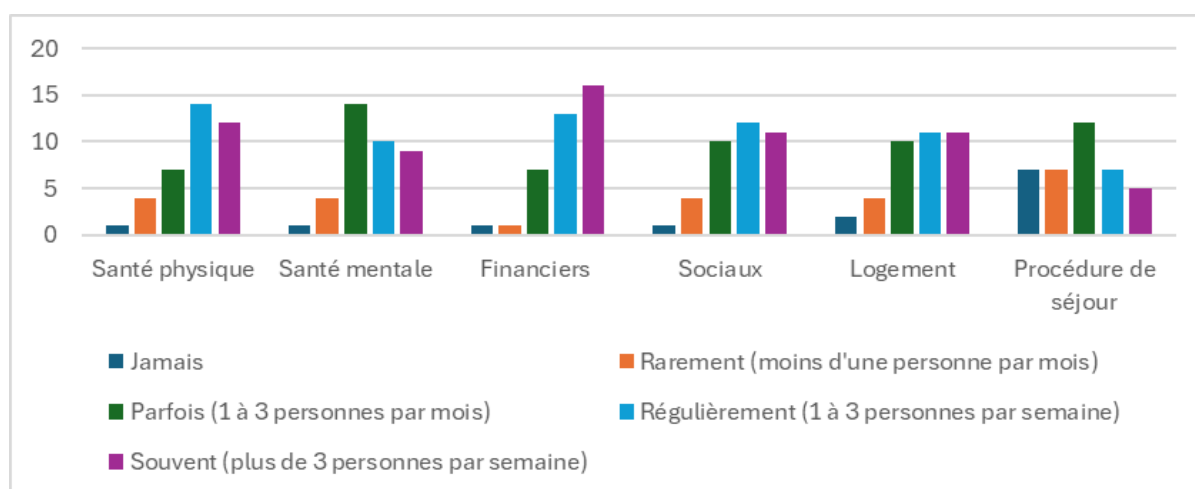


Les données montrent que les CHW rencontrent le plus souvent des personnes ayant des problèmes de consommation de substances. Plus des deux tiers des CHW déclarent que les problèmes liés au tabac surviennent parfois, régulièrement ou fréquemment. Les problèmes liés à l'alcool et aux drogues douces, telles que le cannabis ou l'oxyde nitreux, sont également relativement fréquents. En revanche, les contacts avec des personnes en difficulté avec des drogues dures, telles que la cocaïne, l'héroïne ou l'écstasy, ainsi que l'usage de médicaments sont moins fréquents et généralement rapportés comme "parfois". Les problèmes de comportement, à savoir les jeux d'argent, les jeux de hasard et le sexe, sont les moins fréquemment mentionnés par les CHW, une grande partie d'entre eux indiquant que ces problèmes se présentent rarement ou jamais dans leurs contacts.

2.4 Problématiques complexes

Les CHW ont ensuite été interrogés sur la fréquence à laquelle ils sont confrontés à des problèmes complexes, c'est-à-dire à des problématiques multiples et simultanées chez une même personne. Les réponses, présentées dans le graphique 3, donnent un aperçu de la fréquence à laquelle ils sont confrontés à des problèmes de consommation de substances ou de comportement associés à des problèmes de santé physique ou mentale, à des difficultés financières, à des défis sociaux, à des problèmes de logement ou à des questions relatives à une procédure (de demande) de séjour.

Graphique 3: prévenir les problèmes ensemble

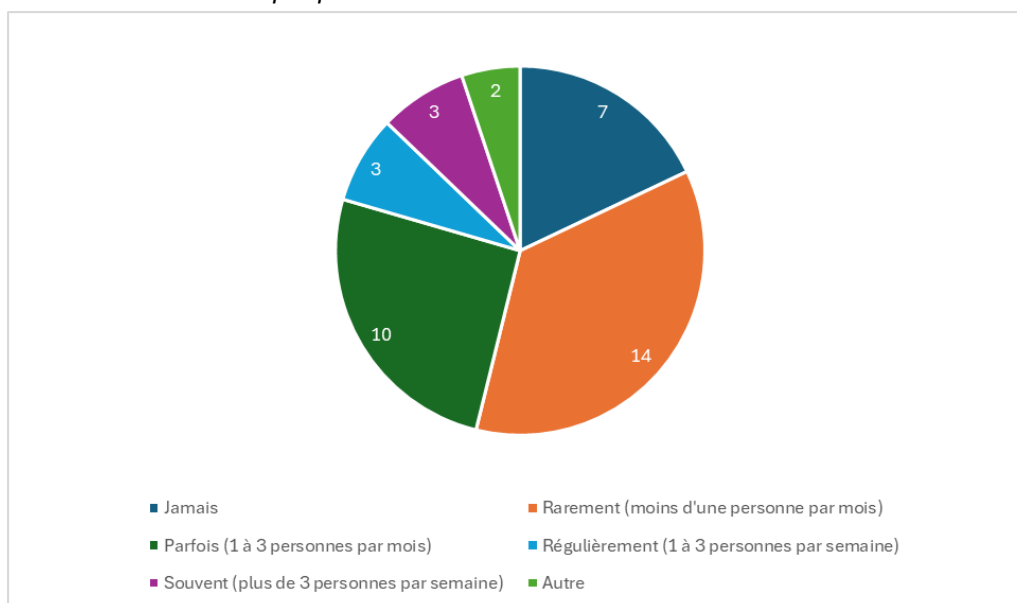


Les problèmes de santé physique et les difficultés financières sont les plus fréquemment signalés, plus de la moitié des CHW indiquent qu'ils coïncident souvent ou régulièrement avec des problèmes de consommation de substances ou de comportement. Les problèmes de santé mentale, les difficultés sociales et les problèmes de logement sont également fréquents, un grand nombre de CHW indiquent qu'ils surviennent souvent ou régulièrement. Les questions liées aux procédures de séjour sont mentionnées moins souvent, ce qui est logique puisque cette problématique ne concerne que les personnes engagées dans une telle procédure. Très peu d'entre eux ont indiqué "jamais" ou "rarement", ce qui souligne la complexité des situations auxquelles les CHW sont confrontés : il s'agit presque toujours de problèmes complexes, où la consommation de substances ou les problèmes de comportement s'accompagnent d'autres problèmes.

2.5 Motif de la demande d'accompagnement

L'enquête a examiné la fréquence à laquelle les problématiques mentionnées étaient ou non un élément déclencheur direct d'une demande d'accompagnement auprès d'un CHW. Le diagramme circulaire du graphique 4 montre à quelle fréquence les problèmes liés à la consommation de substances ou au comportement constituent une raison directe de contacter un CHW.

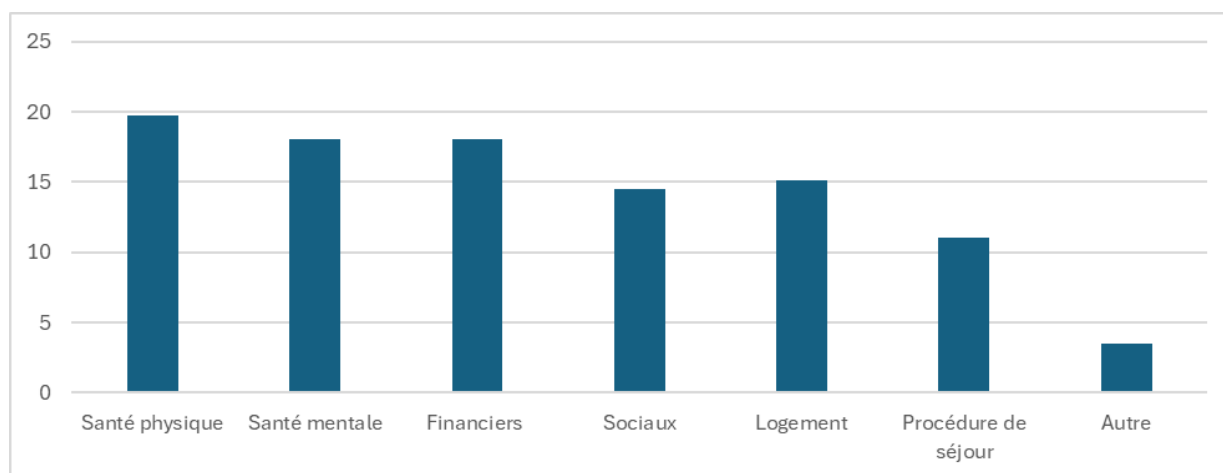
Graphique 4: Cause directe de la demande d'aide



Dans la plupart des cas, cela est relativement rare : ce n'est que dans une petite proportion de contacts (3 fois "souvent" et 3 fois "régulièrement") que ces difficultés sont mentionnées comme un déclencheur primaire. La majorité des CHW indiquent que ces difficultés surviennent "parfois" (10 fois) ou "rarement" (14 fois), tandis que 7 fois ils indiquent qu'ils ne sont jamais un déclencheur direct.

En revanche, l'histogramme du graphique 5 montre quels autres types de difficultés sont souvent à l'origine des contacts avec les CHW. Les CHW pouvaient cocher plusieurs réponses.

Graphique 5 : La cause est une autre demande d'aide



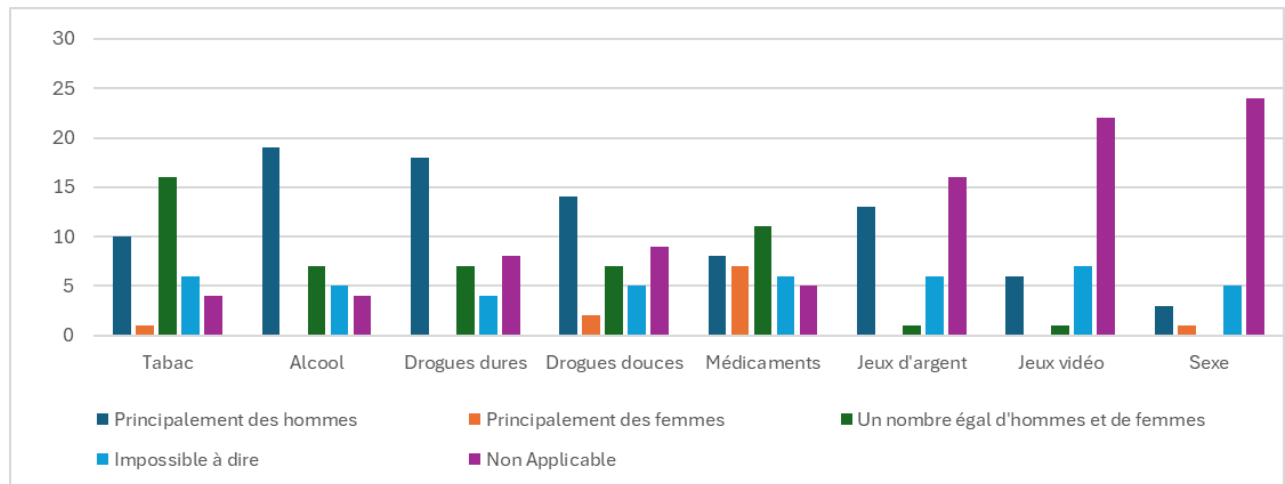
Les problèmes de santé physique sont le plus souvent mentionnés par les CHW comme motif de contact, suivis par les problèmes financiers et les problèmes de santé mentale. Les problèmes sociaux et de logement sont également fréquemment signalés, tandis que les problèmes liés aux procédures de séjour sont moins fréquents - encore une fois, cela ne concerne évidemment qu'une partie du public, ce qui peut expliquer le nombre moins élevé de signalements. Dans la catégorie "autres", les CHW pouvaient donner leurs propres réponses. Six d'entre eux en ont fait usage et ont mentionné des problèmes administratifs, tels que l'inscription à la mutuelle ou à une maison médicale, ainsi que des problèmes pratiques, tels que le transport, et un manque de confiance dans les intervenants sociaux.

Ces résultats confirment que les problèmes de consommation de substances ou de comportement sont rarement isolés. Ils font généralement partie d'un problème plus large et complexe, dans lequel les difficultés mentales, financières et physiques sont souvent centrales ou citées comme le premier élément déclencheur d'une demande d'aide.

2.6 Profil de genre

Dans l'enquête, les CHW ont indiqué, par thème, les profils de genre qu'ils observent. Ceci est illustré dans le graphique 6.

Graphique 6. Profil des hommes et des femmes par thème

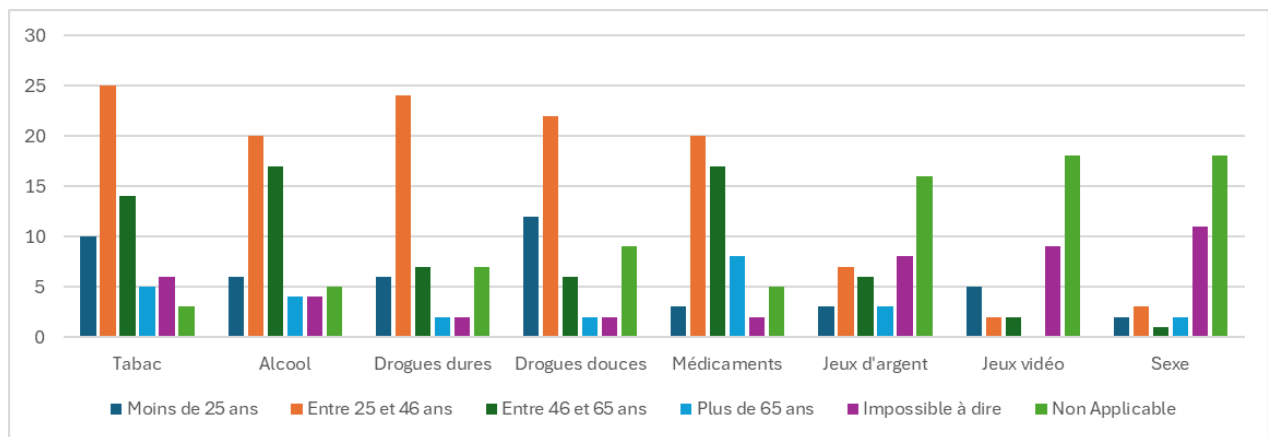


Il est intéressant de noter que la plupart des problématiques sont associées aux hommes. C'est le cas pour les problèmes liés à l'alcool et aux drogues, ainsi que pour les problèmes liés à des comportements tels que les jeux d'argent, les jeux de hasard ou le sexe, bien que ces derniers ne reviennent que très rarement dans les contacts des CHW. En ce qui concerne les problèmes liés au tabac ou aux médicaments, les CHW signalent principalement qu'ils se produisent aussi souvent chez les hommes que chez les femmes. Dans toutes les catégories, il y a toujours un certain nombre de CHW qui indiquent qu'il est "impossible de dire". Peut-être que le public spécifique avec lequel les CHW interagissent, qui varie d'un CHW à l'autre, d'un quartier à l'autre, d'une région à l'autre, joue également un rôle à cet égard.

2.7 Profil d'âge

Elle a également permis de déterminer s'il existait des différences dans les profils d'âge associés à des problématiques spécifiques. Le graphique 7 montre le profil d'âge des personnes confrontées à différents problèmes, tel que rapporté par les CHW, qui pouvaient indiquer plusieurs réponses pour chaque problème.

Graphique 7. Profil d'âge par thème



Les groupes d'âge les plus souvent mentionnés par les CHW en rapport avec la consommation de substances et les problèmes de comportement sont les personnes âgées de 25 à 45 ans, suivies par le groupe des 46 à 65 ans. Les problèmes liés au tabac et aux drogues douces sont également observés relativement souvent chez les moins de 25 ans. Il est frappant que, par rapport à d'autres problématiques, la consommation de médicaments soit un peu plus souvent identifiée comme un problème chez les personnes plus âgées (plus de 65 ans).

En revanche, les problèmes de comportement, tels que les jeux d'argent et de hasard, sont souvent marqués comme "sans objet" ou "ne peut être dit". Ceci est cohérent avec les résultats précédents, qui ont montré que les CHW sont moins susceptibles d'entrer en contact avec des personnes qui rencontrent des difficultés avec ces comportements spécifiques.

2.8 Différences observées

Dans une question ouverte, il a été demandé aux CHW participants s'ils remarquaient des différences dans la manière dont les problèmes de dépendance et les comportements connexes se produisent au sein des communautés et des quartiers dans lesquels ils travaillent. S'ils constataient de telles différences, ils devaient les décrire et, dans la mesure du possible, donner des exemples concrets.

Les CHW ont partagé diverses observations sur la manière dont ces problèmes se manifestent, les facteurs sociaux, culturels et contextuels jouant souvent un rôle majeur. Ils ont souligné que l'addiction est rarement isolée, mais qu'elle est généralement liée à des difficultés plus vastes et plus complexes. Les gens cherchent souvent de l'aide en raison de problèmes physiques, sociaux ou financiers, l'addiction s'avérant être un facteur sous-jacent ou supplémentaire.

En même temps, certains CHW ont indiqué qu'il était difficile de faire des déclarations à ce sujet. D'une part, ils ne se sentent pas toujours capables d'analyser ces différences ; d'autre part, ils constatent que les mêmes problèmes se répètent dans les différentes communautés et quartiers où ils travaillent.

Néanmoins, certaines tendances notables peuvent être discernées, selon les CHW. Par exemple, l'abus d'alcool est plus souvent mentionné dans certaines communautés, notamment les groupes d'Afrique subsaharienne et les personnes sans passé migratoire. La consommation de drogue, en revanche, est plus souvent observée dans d'autres communautés, comme chez les jeunes d'origine maghrébine. Le tabagisme et la dépendance à l'alcool sont plus fréquents chez les adultes plus âgés, tandis que les jeunes sont plus susceptibles d'être confrontés à des drogues douces telles que le cannabis et le protoxyde d'azote, et dans certains cas à des drogues dures telles que la cocaïne.

Un groupe particulièrement vulnérable est celui des personnes sans-abri. Elles sont plus fréquemment confrontées à des problèmes de dépendance, notamment à l'alcool et aux drogues, qui sont exacerbés par leurs conditions de vie précaires. Les CHW soulignent également l'influence du contexte de vie : les personnes en situation de vulnérabilité, telles que les personnes sans-abri ou vivant dans des centres d'hébergement, sont également plus souvent confrontées à des problèmes de consommation de substances psychoactives. Outre les problèmes de drogue et d'alcool, la dépendance aux médicaments est également mentionnée, en particulier chez les personnes soumises à des pressions psychologiques, comme les réfugiés dans les centres de rétention ou les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Selon les CHW, la nature des problématiques varie considérablement d'une région, d'un quartier ou d'une zone à l'autre. Bien que cette enquête n'ait pas explicitement posé de questions sur leur zone de travail, les réponses montrent que les CHW des zones métropolitaines identifient une plus grande diversité dans la relation entre la consommation de substances psychoactives et les problèmes sociaux dans des quartiers particuliers. Les lieux publics, tels que les parcs et les gares, sont souvent mentionnés comme des endroits où les problèmes d'addiction sont plus visibles. Cela s'explique en partie par le rassemblement de groupes en situation de vulnérabilités et la présence d'organisations de soutien. C'est dans ces lieux que la consommation de drogues et d'alcool est le plus souvent signalée.

2.9 Exemples de situations

Les CHW ont été invités à décrire un exemple de situation rencontrées dans leur travail où la personne présentait des problèmes de consommation de substance ou de comportement. Les cas qu'ils ont fournis illustrent les multiples facettes et la nature complexe des problèmes de dépendance au sein des communautés dans lesquelles ils travaillent. Ce qui ressort clairement de ces histoires, c'est que les problèmes de consommation sont rarement isolés, mais qu'ils sont souvent liés à des problèmes sociaux, économiques et psychologiques plus vastes. Dans le même temps, des similitudes peuvent également être identifiées dans les conseils et le soutien apportés par les CHW. Par exemple, la confiance et le temps sont souvent mentionnés comme des facteurs cruciaux pour assurer un suivi efficace de ces questions.

Dans de nombreuses situations, il apparaît que les bénéficiaires ne se posent pas d'emblée la question d'un problème de consommation, mais que cela apparaît progressivement au cours de la rencontre. Par exemple, un CHW décrit un homme qu'il ou elle a rencontré lors d'une permanence chez un partenaire. L'homme s'est présenté parce qu'il était sans domicile fixe, sans revenus et n'était pas affilié à une mutuelle de santé. Grâce à l'accompagnement du CHW, il est revenu plusieurs fois à la permanence, établissant une relation de confiance. Cela lui a permis de raconter qu'il était dépendant de l'héroïne et de l'alcool, qu'il n'avait pas vu ses enfants depuis longtemps mais qu'il voulait redevenir un bon père.

Le CHW l'a orienté vers un service psychosocial spécialisé dans les problèmes de dépendance. Cette situation illustre à quel point il faut du temps et de la patience pour établir la confiance, qui est souvent la base des prochaines étapes de l'accompagnement. Les CHW jouent un rôle crucial en tant que premier point de contact, oreille attentive et lien avec une aide spécialisée. Ils soutiennent également les bénéficiaires à accéder aux services de base, tels que les soins médicaux, le logement et l'aide sociale. La confiance qu'ils parviennent à instaurer permet aux personnes de sentir écoutés et ouvertes à discuter de problèmes qui étaient auparavant cachés.

Les récits soulignent également à quel point le contexte dans lequel vit une personne influence l'apparition et la gestion des problèmes de consommation. Des facteurs tels que la pauvreté, la solitude, le sans-abrisme ou des situations de vie instables contribuent souvent à l'aggravation des problèmes de consommation. Dans de nombreux cas, les bénéficiaires se trouvent dans des conditions de logement précaires. En outre, les besoins de soins complexes constituent souvent un défi : les personnes qui consomment des substances psychoactives ont souvent d'autres difficultés, comme le montrent déjà les résultats quantitatifs. Dans de telles situations, les CHW font souvent appel à la coopération multidisciplinaire, par exemple en impliquant des partenaires dans un plan d'action ou en assurant un transfert fluide vers des services spécialisés. Ainsi, un CHW décrit la situation d'une personne sans-abri qui, en raison de sa consommation de substances, a développé des problèmes mentaux et a finalement été admise dans un service de suivi psychologique avec de l'aide du CHW. Les CHW soutiennent également les bénéficiaires dans des questions pratiques, telles que la prise de rendez-vous, l'affiliation à une mutualité ou l'inscription dans une maison médicale, ce qui est essentiel pour la continuité des soins. Grâce à ce soutien, les CHW font état de plusieurs succès, allant de l'amélioration de l'état de santé à l'abandon de la consommation de substances, comme dans le cas d'une jeune femme qui a arrêté de fumer avec le soutien d'un CHW et a amélioré son état de santé.

Cependant, les CHW rencontrent également des difficultés. Certains bénéficiaires ne peuvent ou ne veulent pas accepter ou maintenir l'accompagnement, comme en témoignent les situations où les bénéficiaires abandonnent prématurément ou ne se rendent pas à leurs rendez-vous. Dans ce cas, les CHW soulignent l'importance de ne pas porter de jugement et de respecter le rythme du bénéficiaire, reconnaissant qu'il est inhérent aux problèmes de dépendance que les rendez-vous soient parfois oubliés. En outre, les CHW se sentent frustrés par les contraintes structurelles du système, telles que le manque de places dans les centres d'hébergement. Certains CHW mentionnent également que la dépendance aux médicaments est parfois maintenue par des médecins qui continuent de prescrire, ou que des facteurs culturels dissuadent les bénéficiaires de prendre les médicaments prescrits, alors que les psychiatres insistent pour que le traitement se poursuive. La sécurité est également une préoccupation majeure : dans certaines situations, les CHW sont confrontés à des agressions de la part de bénéficiaires sous l'influence de substances, ou au non-respect du cadre de leur accompagnement. Par exemple, un CHW décrit le cas d'un homme ayant des problèmes de mémoire dus à la consommation de substances, qui oublie les conversations précédentes, répète sans cesse les discussions et contacte le CHW au milieu de la nuit.

En résumé, ces cas montrent l'importance de la personnalisation, de la patience et de la collaboration dans le traitement des problématiques d'assuétudes. Les CHW jouent un rôle crucial, non seulement en apportant une aide directe, mais aussi en servant de passerelle vers un soutien social et médical plus large.

2.10 Impact sur le fonctionnement

Les CHW ont également été interrogés sur la manière dont les problèmes de consommation de substances et de comportement affectent leur travail. En combinant les cas mentionnés ci-dessus avec les réponses des CHW à cette question, on obtient une image nuancée de la manière dont l'accompagnement des bénéficiaires confrontés à des problèmes de dépendance influence leur fonctionnement. La complexité et l'imprévisibilité de ce groupe cible sont souvent soulignées, notamment parce que les bénéficiaires ont des difficultés à respecter les rendez-vous, peuvent changer d'humeur rapidement et n'ont souvent pas confiance dans les institutions d'aide.

Il est donc essentiel d'établir une relation de confiance, mais cela prend du temps. Les CHW consacrent souvent plus de temps et de patience à ces bénéficiaires, en adaptant leur approche et en essayant d'être flexibles dans leur offre d'accompagnement.

En outre, certains CHW indiquent que les obstacles pratiques rencontrés par les bénéficiaires, tels que l'absence de téléphone ou de ressources financières pour les médicaments ou les consultations, rendent le suivi des soins plus difficile. Le non-respect des rendez-vous ou les changements soudains de comportement sont également souvent mentionnés comme des défis qui ralentissent le processus. Certains bénéficiaires sont très impatients et exigent une aide immédiate, d'autres changent constamment d'avis au cours de leur suivi quant à l'accompagnement qu'ils souhaitent, d'autres encore ne donnent plus de nouvelles puis réapparaissent. Cela révèle également l'impact sur les CHW eux-mêmes. Travailler avec ce groupe cible exige beaucoup de résistance émotionnelle et de leur patience. Les situations dans lesquelles les bénéficiaires réagissent de manière agressive ou oublient leurs rendez-vous peuvent être frustrantes et démotivantes. Dans le même temps, de nombreux CHW indiquent qu'ils ne se découragent pas : ils ne laissent pas tomber leurs bénéficiaires et cherchent des moyens de les motiver à évoluer, souvent en coopération avec d'autres professionnels. En outre, certains CHW soulignent que c'est précisément le lien de confiance qu'ils établissent qui incite les bénéficiaires à faire de leur mieux, parce qu'ils savent que le CHW est là pour eux de manière inconditionnelle.

En résumé, soutenir des bénéficiaires confrontés à des problèmes d'assuétudes est une tâche difficile mais significative pour les CHW, où l'adaptation à l'individu, la flexibilité et la collaboration sont essentielles pour obtenir des résultats tout en préservant ses propres limites.

2.11 Les besoins des CHW

Une dernière question ouverte portait sur les besoins des CHW pour qu'ils se sentent plus à l'aise dans le suivi des personnes aux prises avec des problèmes d'assuétudes (potentiels). Si quelques CHW ont indiqué qu'ils se sentaient suffisamment compétents et qu'ils n'avaient pas besoin de soutien supplémentaire, la majorité des CHW ont indiqué qu'ils avaient besoin d'une formation ciblée, d'une évaluation par les pairs et d'une supervision. Ils soulignent l'importance des formations qui leur permettent de comprendre les problèmes de dépendance, les techniques pour désamorcer les situations à risque et les outils pour suivre et communiquer efficacement avec ce groupe cible. Certains CHW soulignent que le succès du suivi repose en grande partie sur le bénéficiaire lui-même, et qu'une formation leur apprenant à sensibiliser et à motiver ce groupe cible peut s'avérer très utile.

En outre, l'élaboration de protocoles et de procédures clairs est considérée comme essentielle, par exemple pour faire face aux agressions verbales ou pour établir un plan étape par étape en cas de rechute.

Le mentorat par les pairs, la supervision par des professionnels expérimentés et les réunions d'équipe avec des experts sont considérés comme un soutien précieux, à la fois pour discuter de cas pratiques et pour mieux faire face aux pressions psychologiques du travail. Les besoins des CHW sont ici axés sur l'amélioration de leurs connaissances, de leurs compétences et de leur résilience, afin qu'ils puissent répondre plus efficacement aux situations complexes auxquelles ils sont confrontés chaque jour.

En outre, certains considèrent qu'il est essentiel d'augmenter le nombre d'heures de travail ou d'améliorer les conditions de travail pour assurer le soutien intensif dont ce groupe cible a besoin à long terme.

Par exemple, certains CHW indiquent qu'ils n'ont pas assez de temps de travail pour assurer le suivi, qu'ils ne se sentent pas reconnus dans leur rôle pour traiter cette question de manière décisive, ou qu'ils se sentiraient plus à l'aise s'ils pouvaient effectuer cet accompagnement avec un collègue.

Enfin, le renforcement des collaborations au sein des quartiers et avec les partenaires locaux est mentionné comme un moyen de fournir un soutien plus complet. De nombreux CHW estiment qu'il est important de travailler ensemble au sein d'un réseau multidisciplinaire, où ils ont plus facilement accès à des prestataires de soins spécialisés tels que des médecins, des psychologues ou des spécialistes de la problématique. Ce faisant, une collaboration reconnue avec ces services leur permettrait d'orienter les bénéficiaires plus rapidement et plus efficacement.

3 Conclusion et suggestions

Les résultats de cette enquête offrent des informations précieuses qui peuvent aider les CHW à donner la priorité au soutien et aux interventions pour le suivi des personnes ayant des problèmes de consommation ou de comportement. Les résultats montrent que les CHW sont souvent confrontés à un large éventail de problèmes, les problèmes complexes et multiples étant la norme. La cooccurrence de problèmes de consommation ou de comportement, ainsi que de difficultés physiques, mentales, sociales et financières, met en évidence la nature multiforme des situations auxquelles les CHW sont confrontés et souligne la nécessité d'une approche intégrée et holistique. En outre, les résultats donnent un aperçu des problèmes spécifiques et du profil des groupes cibles avec lesquels les CHW travaillent. Cela peut aider à mieux adapter les interventions aux besoins spécifiques associés à ces questions et permettre aux CHW de suivre efficacement ce groupe cible. Il est toutefois important de noter que cette enquête est basée sur les perceptions des CHW et non sur un enregistrement systématique des cas. Pour obtenir une vision approfondie de la nature et de l'étendue du problème, un enregistrement uniforme et détaillé est nécessaire.

Les résultats montrent que les problèmes d'assuétudes sont rarement isolés et qu'ils sont souvent liés à d'autres problèmes, tels que les problèmes de santé mentale, de maladie physique ainsi que de vulnérabilité sociale ou financière. Cette interconnexion souligne l'importance d'une collaboration multidisciplinaire et d'une approche holistique en matière de soutien. Les CHW sont particulièrement bien placés pour reconnaître ces schémas et servir de passerelle vers les services de soutien appropriés. L'importance de la formation et du soutien des CHW eux-mêmes est essentielle à cet égard. La complexité des questions sur lesquelles ils travaillent nécessite une formation ciblée, une supervision et des protocoles qui les soutiennent dans leur rôle. Les CHW indiquent également que le renforcement des réseaux avec d'autres professionnels et le partage d'expériences au sein de leur équipe et avec des experts sont essentiels pour effectuer leur travail de manière efficace.