

04. Zinneke

automne-hiver 2025 • semestriel

Le social-santé
en transformation
à Bruxelles

De transformatie
van de welzijns- en
gezondheidssector
in Brussel

NL

Décryptage

**Les bassins d'aide
et de soins,
au service
du terrain**

Témoignages

Écrit de prison

Projets innovants

**Sous le signe
de l'inclusivité
et du sens retrouvé**

Votre revue sur le social-santé en transformation à Bruxelles!



Zinneke n° 4
Automne-hiver 2025
Publication semestrielle
de Brusano ASBL.

info@brusano.brussels

Ont collaboré à ce numéro

Simon Debersaques (Centre Bruxellois d'Action Interculturelle), Annick Dermine (Huis voor Gezondheid, BruZEL), Joël Girès, (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, service d'études de Vivalis), Jonathan Unger (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, service d'études de Vivalis), et l'équipe de Brusano, en particulier Anouchka, Aurélie, Éva, Gaétane, Manoëlle, Marie, Pablo, Pierre, Thibault, Valentine, Véronique et Yves.

Éditrice responsable

Valentine Musette
Rue Breydel 40,
1040 Bruxelles

Conception graphique et mise en page

Switch asbl

Illustrations

Ivonné Gargano (couverture)
Matilde Gony (intérieur)

Photographie

Marie Delhaye
et Pierre Titeux (Brusano)

Impression

Daddy Kate Print

Tous ensemble, tous ensemble, etc.

Nous évoquions dans notre précédent numéro¹ les difficultés auxquelles la crise politique bruxelloise exposait (entre beaucoup d'autres) le social-santé. Une situation d'autant plus dommageable que la capacité du secteur à remplir ou non les missions qui lui incombent impacte directement ses bénéficiaires.

Six mois plus tard, rien n'a changé. Pire, l'impasse semble plus profonde que jamais. Pour la deuxième année consécutive, de nombreuses structures se voient contraintes de préparer leur programme d'activités en vue des douze prochains mois sans la moindre vision sur les moyens dont elles disposeront pour le mettre en œuvre. Des milliers de travailleur·euses, parfois sous préavis conservatoire, continuent pourtant à s'investir sans savoir de quoi leur avenir sera fait.

Nous voulions et voulons toujours croire en «des raisons d'espérer». Force est toutefois de constater que celles-ci se réduisent comme peau de chagrin. Signe tangible et incontestable d'une situation qui se dégrade, plusieurs des projets inspirants que nous nous attachons à vous présenter ont dû cesser leurs activités tandis que d'autres voient leur pérennité grandement menacée.

Il ne saurait toutefois être question de céder au découragement alors que les conséquences délétères de la politique d'austérité économique et sociale menée au niveau fédéral commencent à se faire sentir. Dans une région où la précarité atteint déjà des niveaux aussi exceptionnels qu'inquiétants (selon le dernier Baromètre social de Vivalis², 28% des Bruxellois·es vivent sous le seuil du risque de pauvreté contre 8% des Flamand·es et 15% des Wallon·nes), les mesures mises en œuvre génèrent en effet de nouvelles vulnérabilités et de nouveaux besoins à prendre en charge, quelle que soit l'incertitude pesant sur les moyens humains et financiers. Dans ce contexte difficile, il importe plus que jamais de rester solidaires, fidèles aux valeurs et aux convictions qui nous motivent. Continuons à collaborer, à transformer nos pratiques pour affronter les difficultés. Témoignons de ce qui permet de soutenir le bien-être et la santé de la population et de ce qui pousse celle-ci dans la précarité et/ou la vulnérabilité.

¹ Zinneke n°3, printemps-été 2025

² <https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2024-03/Barometre-2023-FR.pdf>

Sommaire

p. 05 État des lieux **Sous la loupe**

Ça analyse !

Regard sur quelques enjeux à investir par le social-santé bruxellois... et sur les pistes pour passer à l'acte.

p. 11 Décryptage **Les bassins d'aide et de soins**

Ça éclaire !

Focus sur une nouvelle entité territoriale au service des professionnel·les et centrée sur les besoins multiples de la population.

p. 17 Témoignages **Écrire l'invisible**

Ça s'exprime !

Quand l'art devient vecteur d'expression des bénéficiaires du social-santé.

p. 20 Le terrain en action(s) **Destination solutions**

Ça bouge !

Nous sommes parti·es à la rencontre d'acteur·rices du social-santé bruxellois ayant décidé de ne pas attendre pour changer la donne.

p. 36 Boîte à outils Ça aide !

Une sélection d'instruments innovants à disposition des professionnel·les



Sous la loupe

Nombre d'études et de recherches pointent des enjeux à investir par le secteur social-santé bruxellois et des pistes pour passer à l'acte. Petite sélection subjective.

Comment anticiper la prochaine grande crise sanitaire à Bruxelles ?

La pandémie de COVID-19 a montré la grande vulnérabilité des systèmes de santé publique et, au-delà, des systèmes socio-économiques. Si des pays comme la Belgique ont réussi à limiter la mortalité et l'effondrement économique, ce fut au prix d'intenses sacrifices de la part du personnel soignant, d'atteintes aux libertés individuelles et d'un endettement public colossal. Or, d'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des crises similaires vont probablement se reproduire dans les années à venir. Il est donc essentiel de les anticiper au maximum et d'aider les systèmes et les individus à être plus résilients.

La recherche prospective Pandorix fait partie des sept projets sélectionnés et financés par Innoviris pour envisager la « société post-COVID ». Menée entre 2021 et 2024, elle s'est intéressée à la gestion des futures pandémies dans une perspective de promotion de la santé, en se centrant sur les comportements protecteurs et sur leurs conditions d'apparition. L'un des défis majeurs à relever pour l'action publique en cas d'épidémie est en effet de limiter les taux de contamination (et de mortalité) tout en réduisant les mesures perçues comme inutilement contraignantes. Il s'agit donc de pouvoir influencer les comportements de santé de manière à la fois efficace et démocratique.

Dans un premier temps, trois démarches complémentaires furent entreprises afin d'identifier les variables clés du système de la gestion pandémique :

- 01 des doubles entretiens – l'un portant sur la COVID-19, l'autre sur les pandémies à venir – avec un échantillon de 87 Bruxellois·es (y compris des citoyen·nes présentant des caractéristiques telles que la consommation de substances illicites, le sans-chez-soi, la monoparentalité, une origine culturelle extraeuropéenne ou le séjour en maison de retraite) et les représentant·es de 16 organisations actives en matière de santé;
- 02 des entretiens avec 8 expert·es ayant participé à la gestion de la crise COVID-19 ou disposant d'une expertise relative aux maladies infectieuses;
- 03 un état de la littérature grise et scientifique sur la question des déterminants des comportements de santé en période de crise sanitaire ainsi que sur les variables des systèmes de gestion pandémique.

Ce travail permit de distinguer 21 variables composant le système de gestion d'une pandémie et constituant autant de leviers sur lesquels il est possible de travailler dès aujourd'hui pour anticiper la prise en charge d'une future crise. Ces 21 variables se rapportent aux trois étapes qui constituent la temporalité d'une crise sanitaire majeure :

- 01 **le temps de la préparation**, décrit par 7 variables permettant de synthétiser l'état du système de gestion pandémique avant que la crise ne survienne;
- 02 **le temps du premier choc**, période de forte incertitude s'étalant sur les premières semaines de la crise et pouvant être synthétisée par 7 variables caractérisant la réponse des décideurs dans l'urgence;
- 03 **le temps de l'installation** de la crise dans la durée et de l'adaptation des mesures de lutte contre l'épidémie.

Sur la base de ces 21 variables, 5 scénarios prospectifs pour, hypothèse de travail, « Faire face à la Grippe du Chat en 2040 », furent élaborés :

- gestion chaotique sans préparation ;
- information peu ou mal diffusée ;
- population précarisée ;
- hygiénisme autoritaire ;
- démocratie et approche inclusive de la santé.

Variables de gestion d'une pandémie selon la temporalité de la crise

Temps 1 : état du système avant la pandémie						
V1 Gouvernance et articulation des niveaux de pouvoir	V2 Idéologie dominante	V3 Préparation pandémique et anticipation des risques	V4 Technologie de monitoring disponible	V5 Densité et vigueur du tissu associatif	V6 Système d'information efficace (médias et pouvoir public)	V7 Accès au soin de santé (financement, inégalité, main d'œuvre, etc.)
Temps 2 : Premier choc et premières semaines de la crise						
V8 Capacité de diffusion de l'information vers les différentes communautés	V9 Capacité hospitalière disponible	V10 Disponibilité d'un vaccin ou traitement	V11 Disponibilité du matériel (masques, etc.) et capacités logistiques d'urgence	V12 Réseau de partenaires existants et mobilisable rapidement	V13 Leadership clair	V14 Capacité de gestion flexible et adaptative
Temps 3 : Installation de la crise dans la durée - adaptation et proportionnalité des mesures						
V15 Capacité décideurs à écouter la voix des différents groupes d'intérêt et à rendre des comptes	V16 Capacité de collecte d'informations et de monitoring des individus et de l'agent pathogène	V17 Capacité de gestion de la fatigue pandémique, de la confiance et adhésion aux mesures dans la durée	V18 Capacité d'innovation technologique et de création de connaissances nouvelles	V19 Capacité de collaboration entre experts et décideurs et de gestion et diffusion de connaissances nouvelles	V20 Impact qualité de vie et continuité des sociabilités (y compris : impact santé mentale et continuité de l'éducation et enseignement pour les jeunes) (capacité de diagnostic et de réponse)	V21 Impact social et économique (y compris réorganisation du travail, et impact sur des groupes vulnérables) (capacité de diagnostic et de réponse)

Chacun de ces scénarios présentait un agencement différent des variables en question et de leurs effets sur les comportements de sept *persona*, des personnes bruxelloises fictives représentatives de la diversité de la population.

Les scénarios présentés n'ont pas pour objectif de prédire le futur, ni de proposer des visions souhaitables de l'avenir, mais de sensibiliser les décideurs à certains aspects centraux de la gestion pandémique tels qu'identifiés par le travail de recherche en sciences humaines et sociales qui soutient l'exercice. Chacun d'entre eux met l'accent sur des difficultés différentes liées à la gestion pandémique et formule des recommandations afin d'y répondre efficacement.

Pour information, le scénario le plus efficace, dans lequel toutes les variables sont au vert, est celui baptisé « Démocratie et approche inclusive de la santé », qui se concentre sur les effets bénéfiques de la concertation démocratique, la communication inclusive et l'amélioration des conditions de vie.

Source : Roussel, S., Lits, G., Grabener, J., Carbon, L., Van den Broucke, S. : Comment anticiper la prochaine grande crise sanitaire à Bruxelles ? Construction de scénarios prospectifs : Faire face à la Grippe du Chat en 2040.

Accès : sur le site de dial.uclouvain.be

Un ménage bruxellois sur dix est en situation de précarité énergétique

L'Observatoire de la Santé et du Social (service d'études de Vivalis) a publié il y a quelques mois une étude sur la précarité énergétique en Région de Bruxelles-Capitale. Il en ressort que **plus d'un ménage bruxellois sur dix** (soit 71 500 ménages) se trouve en situation de précarité énergétique. Cela signifie qu'il déclare ne pas pouvoir se permettre de chauffer suffisamment son logement et/ou ne pas avoir été en mesure de payer une facture liée à l'énergie. Au sein de la population la plus précarisée, cette situation concerne près d'un ménage sur trois.

Autre constat: les personnes à très faibles revenus se privent de chauffage. Leur consommation d'énergie est effectivement en moyenne 20% inférieure à celle des plus aisées alors qu'elles vivent dans des logements moins bien isolés, voire de véritables « passoires énergétiques ». Cette consommation réduite ne résulte pas d'un choix écologique mais d'une contrainte économique: leurs ressources financières étant limitées, ces ménages doivent renoncer à se chauffer afin de pouvoir payer leurs dépenses de première nécessité (loyer, alimentation...).

À Bruxelles, des logements plus petits, vétustes et difficiles à chauffer

La Région de Bruxelles-Capitale présente le parc de logements le plus dégradé du pays: 16% des logements y sont considérés comme des « passoires énergétiques », contre 10% en Wallonie et 6% en Flandre. Humidité, moisissures, boiseries pourries, absence de chauffage central, simple vitrage... sont le quotidien de nombreux ménages parmi les plus modestes: un tiers d'entre eux occupent un habitat présentant une ou plusieurs de ces caractéristiques. Ces logements sont particulièrement difficiles à chauffer, ce qui impacte davantage encore le confort thermique des résident·es.

En plus de ces nuisances, les ménages concernés doivent souvent se contenter de logements trop petits par rapport à leurs besoins: ils occupent ainsi des logements de 68 m² en moyenne contre 142 m² pour les plus aisés. Une fois encore, cette problématique est particulièrement aiguë à Bruxelles puisque 21% des logements y sont suroccupés contre seulement 2% en Flandre et en Wallonie.

L'enjeu de la rénovation énergétique des logements loués

La rénovation des logements est un levier essentiel pour faire face à la précarité énergétique. Malheureusement, alors que les ménages les plus pauvres sont ceux qui pourraient bénéficier le plus fortement de ces rénovations, il apparaît que les dispositifs d'aide mis en place pour les particulier·ères profitent avant tout à celles et ceux qui sont propriétaires de leur logement, déjà moins touché·es par la privation énergétique. L'analyse montre en effet que la majorité des logements en mauvais état sont occupés par des locataires. La Région bruxelloise ayant la spécificité que 65% de ses ménages recourent à la location, cette problématique constitue un défi majeur à relever pour répondre au mieux aux enjeux à la fois sociaux et environnementaux.

Méthodologie: l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) est menée dans les pays de l'Union européenne tous les ans depuis 2004. Cette enquête porte sur les conditions de vie et les revenus des ménages et des individus. La dernière enquête disponible (2023) pour la Belgique est utilisée dans le cadre de cette étude sur la précarité énergétique. Elle porte sur 6 428 ménages en Belgique comprenant au total 14 247 personnes. Pour la Région bruxelloise, les ménages interrogés sont au nombre de 1 121, représentant 2 569 personnes.

Source: Girès, J: La privation énergétique en Région de Bruxelles-Capitale. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2025).

Accès: sur le site de vivalis.brussels

Éclairage sur l'explosion de la consommation de crack à Bruxelles

Les chiffres d'Europoix relatifs aux demandes de traitement pour addiction en Région de Bruxelles-Capitale lors de la période 2015-2022¹ montrent clairement la tendance: si ces demandes restent relativement stables au cours du temps pour la plupart des produits (l'alcool figurant encore et toujours en tête de liste), celles concernant la cocaïne et en particulier le crack – petit nom donné à une forme de « cocaïne-base » en cristaux fumée dans des pipes et qui craque lorsqu'elle est chauffée – ont doublé tandis que celles liées à l'usage d'opiacés ont diminué de moitié. Des données plus récentes confirment cette évolution: avec 1 340 demandes de traitement formulées à Bruxelles en 2024, l'addiction à la cocaïne motivait près de 40% de l'ensemble des appels aux soins.

Comment expliquer cette « explosion » (selon les termes de professionnel·les)

de la consommation de crack à Bruxelles et comment y faire face? Un rapport publié en mars par Safe.Brussels et des chercheurs spécialisés de l'Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek de l'Université de Gand² apporte quelques éléments de réponse.

Une précision s'impose d'emblée: l'augmentation de la consommation de crack et sa visibilité dans l'espace public ne sont pas propres à Bruxelles; le phénomène est international. La crise sanitaire de la COVID-19 et les tensions internationales qui ont suivi ont en effet modifié les filières d'approvisionnement et les pratiques de consommation. Avec un produit devenu peu coûteux au moment où l'approvisionnement en opiacés se faisait plus complexe, la cocaïne a déferlé sur le marché européen. Parallèlement, la précarité sociale s'est aggravée à la suite de crises marquées par l'arrivée de nouvelles personnes migrantes souvent déjà fragilisées dans leur pays d'origine.

Ces changements ont eu un impact considérable sur la visibilité de la consommation des drogues dans l'espace public. En effet, si les opiacés sont des produits analgésiques qui font plutôt dormir, les dérivés de la cocaïne constituent, quant à eux, de puissants stimulants qui génèrent hyperactivité et hypersensibilité. Cela concourt à rendre leurs consommateur·rices particulièrement agité·es et ostentatoires, qui plus est dans un contexte de précarité et de sans-abris. Sur un autre plan, alors que les services spécialisés et les professionnel·les disposaient d'un arsenal d'outils thérapeutiques (notamment les traitements de substitution destinés aux amateur·rices d'opiacés), ces intervenant·es se retrouvent relativement démunis·es face au crack.

Les deux rapports cités montrent que ceux qui recourent au crack sont majoritairement des hommes seuls, âgés en moyenne d'une quarantaine d'années, socio-économiquement défavorisés. Une part importante d'entre eux est sans-abri, sans revenu et sans reconnaissance

légale en Belgique, ce qui complexifie l'accès à l'aide sociale et aux soins. Comme tout est dans tout, sans doute l'agitation accrue autour de cette consommation et le profil des personnes concernées tiennent-ils aussi à ce manque d'accès aux services généralistes sociaux et de santé.

Des interventions spécifiques comme les politiques de réduction de risques et l'ouverture prochaine d'une deuxième Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR), Link-Up, à Molenbeek, ont leur utilité. Néanmoins, les services dédiés sont insuffisants pour répondre efficacement à l'ensemble des besoins de ces personnes.

¹ Europoix (2023). Les demandes de traitement pour un usage problématique d'alcool et de drogues en Région de Bruxelles-Capitale. États des lieux et évolutions sur la période 2015-2022. Bruxelles: Europoix asbl. <https://europoix.org/2024/03/26/bulletin-epidémiologique-sur-les-demandes-de-traitement-en-region-de-bruxelles-capitale/>

² Bawin, F., Lacour, J. L., & Decorte, T. (2025). Consommation de crack dans l'espace public en Région de Bruxelles-Capitale. Universiteit Gent & Observatory safe.brussels. <https://safe.brussels/fr/etat-des-lieux-sur-la-consommation-de-crack-dans-l'espace-public-en-region-bruxelloise>

« L'augmentation de la consommation de crack et sa visibilité dans l'espace public ne sont pas propres à Bruxelles; le phénomène est international. »

Le rapport de Safe.Brussels préconise ainsi une approche intégrée et structurelle agissant aussi sur les causes socio-économiques sous-jacentes à la consommation de crack : l'accès au logement, la lutte contre la pauvreté et l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé. Ce qui implique la collaboration de tous les services sociaux et de santé généralistes.

Source : Bawin, F., Lacour, J. L., & Decorte, T. (2025). Consommation de crack dans l'espace public en Région de Bruxelles-Capitale. Universiteit Gent & Observatory safe.brussels.

Accès : sur le site de safe.brussels

La proximité, facteur principal de l'accessibilité à l'offre pour les primo-arrivants ?

Comme le relevait le précédent numéro de Zinneke, pour les usager·ères, « la proximité n'est pas nécessairement le premier critère de choix » lorsqu'il s'agit de s'orienter vers un service plutôt qu'un autre. « La qualité de l'accompagnement, la relation de confiance tissée avec les intervenant·es, la pertinence des services proposés ou encore l'affinité culturelle et linguistique prennent parfois, voire souvent, sur la simple distance géographique »¹. Une étude réalisée par le Centre bruxellois d'action interculturelle (CBAI) et l'Observatoire de la santé et du social a étudié et quantifié la façon dont la proximité spatiale pouvait impacter le choix d'avoir recours à un Bureau d'Accueil pour Primo-Arrivant·es (BAPA)²: dans une ville finalement bien desservie en transports en commun, le recours est-il plus important s'il existe une offre à proximité du domicile que si l'usager·ère potentielle doit parcourir une distance plus importante pour accéder à cette offre ? Les résultats montrent un effet de la proximité, et ce, à deux niveaux au moins.

La distance à l'offre la plus proche joue un rôle dans le choix de l'opérateur. Les primo-arrivants qui réalisent un parcours d'accueil choisissent massivement (à 80%) le Bureau d'accueil le plus

proche de chez eux. Toutefois, si la proximité a une incidence, celle-ci ne semble pas avoir la même intensité pour tous les profils d'usager·ères : certains publics s'affranchissent plus facilement de la distance si d'autres critères peuvent être rencontrés (place disponible, rapidité d'inscription aux formations, service spécifique, etc.). En outre, ce n'est pas parce qu'ils vont au plus proche que le critère spatial constitue l'unique et le premier facteur du choix.

Mais, en amont du choix de l'opérateur, la distance a aussi un impact sur le fait même d'avoir recours ou non au dispositif. Le taux de recours à l'offre est plus important dans les quartiers les plus

« Si la proximité spatiale joue un rôle dans les choix posés par les usager·ères, d'autres formes de proximité interviennent également. »

proches d'un BAPA, et ceci est particulièrement vrai pour les quartiers les plus pauvres. En d'autres termes, le recours à l'offre est plus faible dans un quartier pauvre éloigné d'un BAPA que dans un quartier pauvre proche de celui-ci. En revanche, dans les quartiers intermédiaires ou dans les quartiers les plus aisés, l'impact de la distance semble moins important. Ceci est cohérent avec l'observation relative aux choix de

¹ Voir «Le Quartier, base de la nouvelle organisation du social-santé», Jessie Le Gac et Olivia Vanmechelen, Zinneke, n° 3 (printemps-été 2025): 18.

² Depuis le 1^{er} juin 2022, tout·e primo-arrivante à Bruxelles est tenu·e de suivre un parcours d'accueil. Celui-ci est assuré par des Bureaux d'Accueil pour Primo-Arrivant·es (BAPA) mis en place par les instances francophones et des Brussels Onthaalbureaus (BON) mis en place par les instances néerlandophones.

l'opérateur: pour certains publics, fragilisés, la distance constitue une contrainte plus importante que pour d'autres.

Les différentes dimensions de la proximité

Si la proximité spatiale joue un rôle dans les choix posés par les usager·ères, d'autres formes de proximité interviennent également. On peut, par exemple, identifier le rôle de la proximité *administrative* – dans une ville-région composée de 19 communes – ainsi que celui de la proximité *communautaire*, particulièrement saillant dans le cadre d'un dispositif s'adressant à un public étranger, ne maîtrisant pas nécessairement l'une des langues nationales.

L'analyse de la proximité *administrative* permet de constater que les administrations communales interviennent dans l'orientation des usager·ères potentielles. En orientant vers les BAPA de leur commune, les fonctionnaires renforcent ou concurrencent parfois le facteur de la proximité spatiale. Ainsi, les primo-arrivants de Laeken sont plus fréquemment orienté·es vers le BAPA de la Ville de Bruxelles que vers celui de Molenbeek, pourtant plus proche.

L'examen des données et l'analyse des entretiens réalisés montrent aussi l'impact d'une proximité *communautaire*: l'offre linguistique des formations et la présence de travailleur·euses et de bénéficiaires issu·es de certaines communautés

nationales, ethniques et linguistiques renforcent l'accès au dispositif. Ce lien de confiance (familialité) peut donc aussi conforter ou concurrencer la proximité spatiale dans le choix d'un opérateur.

De façon plus générale, on constate que les BAPA ont, dans une certaine mesure, adapté certains éléments de leur fonctionnement au public potentiel résidant à proximité. En pensant leur accessibilité au regard du public du quartier, ils se positionnent ainsi comme effectivement plus adaptés au public proche. Dès lors, on peut s'interroger sur ce que traduit *in fine* le choix des usager·ères: le choix pour la proximité ou le choix pour l'offre la plus adaptée?

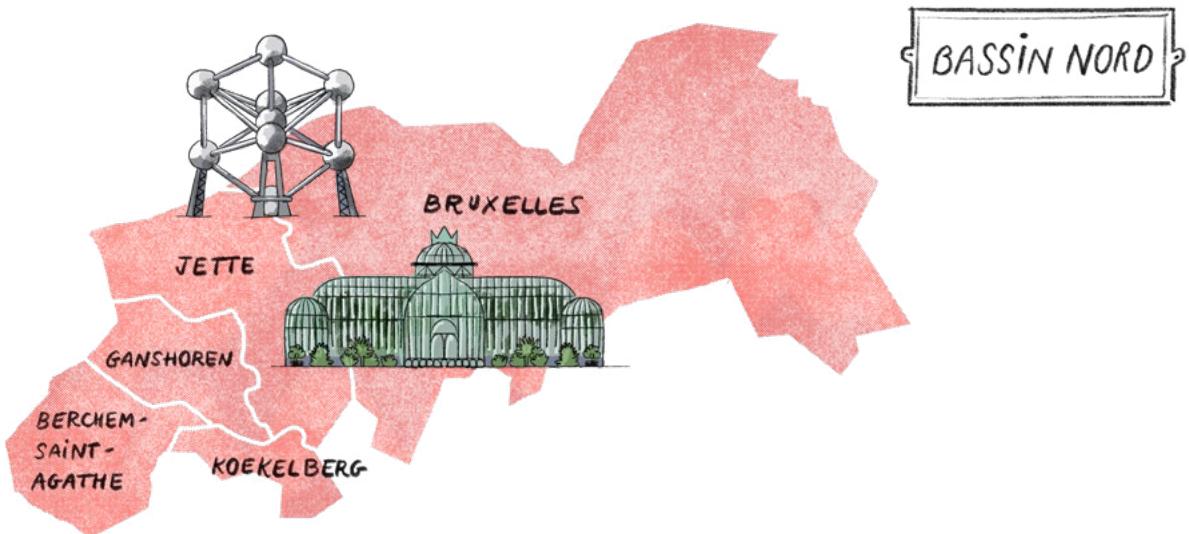
En conclusion, si la proximité spatiale est un facteur déterminant de l'accessibilité au parcours d'accueil, elle ne peut être prise isolément et doit se comprendre dans ses interactions avec d'autres dimensions relatives aux caractéristiques individuelles. Plus largement, l'étude invite à considérer l'ensemble des dimensions qui fondent l'accessibilité et pas uniquement la proximité spatiale. Une offre proche mais peu adaptée et difficilement lisible n'est peut-être pas véritablement accessible.

Source:
Debersaques S. (CBAI), Hala El Moussawi H. (CBAI), Grenier N. (CBAI), Perez B. (CBAI), Unger J. (Observatoire de la Santé et du Social - Vivalis) « Pratiques spatiales de recours à l'offre sociale: le cas des primo-arrivants à Bruxelles », Vivalis - Centre Bruxellois d'Action Interculturelle (CBAI), 2025

Accès: sur le site de vivalis.brussels

Les bassins d'aide et de soins

Imaginez un match de foot. Sur le terrain, des professionnel·les de talent. Mais... Les joueur·euses courent aléatoirement sur la pelouse, se regroupent au même endroit tandis que d'autres zones du terrain restent désertes et personne ne sait vraiment qui garde les buts. Résultat du match ? Beaucoup d'énergie dépensée, peu de buts, des joueur·euses épuisé·es et frustré·es, et un public qui repart déçu.



Le système social-santé bruxellois peut parfois ressembler à ce match chaotique: des professionnel·les doté·es d'une importante expertise de terrain, mais qui, à beaucoup d'égards, ne fonctionnent pas encore comme une équipe coordonnée. Face à la complexification des situations vécues par les habitant·es et à l'augmentation des inégalités entre quartiers, l'organisation social-santé ne permet plus de donner une réponse adaptée aux besoins des citoyen·nes. C'est dans ce contexte que l'approche territoriale intégrée propose une manière

novatrice d'organiser le travail social-santé à différents niveaux: les quartiers, les communes, les bassins d'aide et de soins et la région¹. Si les autres niveaux étaient déjà bien connus, les bassins d'aide et de soins, eux, constituent un tout nouveau territoire. Que sont-ils? Comment fonctionnent-ils? Qu'y fait-on concrètement? Et... offrent-ils une réponse adaptée?

¹ Voir Zinneke n°1, printemps-été 2024, « Repensons ensemble le social-santé », pp 18-23.

Les bassins d'aide et de soins, qu'est-ce que c'est ?

La territorialité, et en particulier la mise en place des bassins aussi appelés « niveau méso », s'inscrit dans plusieurs réformes portées par les autorités fédérales (le Plan Interfédéral pour des soins intégrés) et entités fédérées (à Bruxelles, le PSSI, Plan Social Santé Intégré). Cette approche s'inspire largement de modèles implantés dans d'autres pays en Europe, voire au-delà, et est recommandée par l'Organisation mondiale de la santé. Elle permet en effet de lutter contre le non-recours, de permettre une approche contextualisée, de mettre en œuvre la responsabilité populationnelle et de mener des actions décidées et portées par l'ensemble des acteurs actifs sur le territoire et dans lesquelles chacun·e a la possibilité de s'engager.

Bien avant les réformes, plusieurs initiatives étaient déjà menées à ce niveau intermédiaire. Citons par exemple les antennes 107 (santé mentale), les projets Integreo pour des soins intégrés (Boost à Bruxelles), les « Ambassadeurs » pour le soutien aux Psychologues dans la Première Ligne (PPL), etc.

Concrètement, un bassin d'aide et de soins est un découpage du territoire bruxellois qui regroupe au minimum cinq quartiers social-santé (max. 30 000 habitant·es par quartier) et ne comprend pas plus de 350 000 habitant·es. Il s'agit d'un nouveau niveau territorial visant à développer une coordination et une cohérence de l'offre social-santé vis-à-vis des besoins, non seulement au niveau des bassins-mêmes, mais également en synergie avec les quartiers et la région.

Des missions et des actions au service du terrain

Les missions des bassins résultent en partie de décisions politiques et en partie d'un processus participatif. Concrètement, elles ont été définies en concertation avec les professionnel·les social-santé à l'occasion des Ateliers du changement. Ces espaces participatifs ont été mis en place dès l'automne 2022 pour informer, concerter et co-construire les activités des bassins avec le terrain.

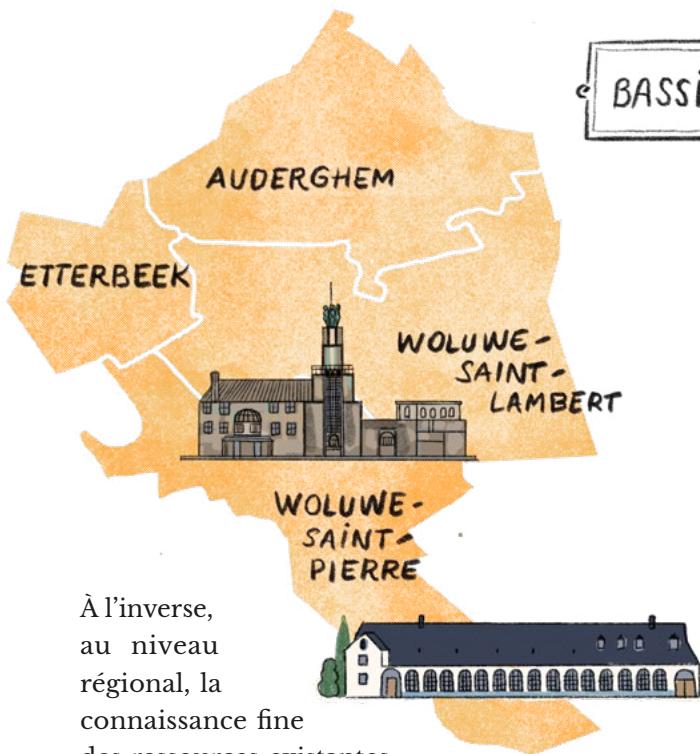
C'est de ce processus qu'ont émergé la plupart des actions composant les plans d'action actuels.

- 01 **Connaissance:** Centraliser, organiser et mettre à disposition des intervenant·es toutes les informations utiles sur les besoins et demandes de la population ainsi que sur l'offre permettant d'y répondre.
- 02 **Réseau:** Développer l'interconnaissance des acteur·rices et des organisations.
- 03 **Soutenir l'articulation entre acteur·rices** du social-santé sur le territoire du bassin.
- 04 **Intervenir sur les déterminants de la santé**, c'est-à-dire sur tous les facteurs (personnels, sociaux, économiques et environnementaux) qui impactent l'état de santé de l'individu et de la population.

Cinq équipes d'appui, composées chacune de 6 à 7 personnes, ont été constituées pour soutenir la réalisation de ces missions dans chaque bassin. Elles travaillent à la mise en œuvre d'actions demandées par et développées pour les acteur·rices de terrain.

Après plusieurs années de fonctionnement au niveau régional, le dispositif Helpdesk développé par Brusano a évolué vers cinq lignes, une par bassin. Pourquoi une ligne d'orientation à ce niveau ? Une ligne téléphonique à l'échelle d'un quartier aurait peu de sens car il est peu probable que toutes les ressources y soient disponibles.





À l'inverse, au niveau régional, la connaissance fine des ressources existantes fait parfois défaut. L'échelle du bassin est donc apparue comme le niveau le plus pertinent pour mettre en place ce dispositif combinant proximité et connaissance détaillée du territoire.

Les lignes téléphoniques Helpdesk mettent ces équipes au travail sur l'identification de ressources grâce aux demandes de soutien et d'orientation des professionnel·les dans l'impasse.

On voit également émerger des actions répondant aux spécificités des territoires, aux besoins des citoyen·nes et aux réalités des professionnelles. C'est le cas des cycles de rencontres autour des dispositifs d'accompagnement en santé mentale dans le Bassin Sud-Est, d'un événement pour informer et outiller les professionnel·les du Bassin Centre-Ouest sur la problématique du logement ou encore d'actions de sensibilisation au dépistage et à la vaccination HPV dans le Bassin Nord-Est.

Afin de suivre la mise en place des actions et de s'assurer que celles-ci répondent non seulement aux missions mais également aux besoins territoriaux, chaque bassin est doté d'un Conseil de l'Action du Bassin (CAB). Ce groupe est constitué de professionnel·les de terrain et de citoyen·nes qui ont pour mission de donner les orientations aux actions mises en œuvre par l'équipe d'appui. Cet espace est nourri par des données et informations qui sont

BASSIN SUD-EST

progressivement collectées ou rendues visibles si elles existent déjà. Celles-ci proviennent à la fois d'observatoires et de centres de référence (données quantitatives) et du terrain (données plus qualitatives). Une connaissance collective plus fine de l'offre et des besoins permet ainsi aux conseils de prendre des décisions mieux adaptées aux enjeux actuels et futurs présents sur leur territoire. L'identification des besoins de la population présente sur chaque territoire fait partie d'un processus dynamique qui prend la forme d'une veille. Elle se construit progressivement et permet de s'assurer, collectivement, que les besoins spécifiques, importants ou récurrents sont identifiés et visibilisés.

Les bassins d'aide et de soins, qu'est-ce que ça change ?

Même si le niveau territorial « loco-régional » incarné par les bassins d'aide et de soins constitue une innovation, l'objectif n'est pas de révolutionner le secteur social-santé. Il s'agit plutôt de s'appuyer sur les nombreuses bonnes pratiques déjà expérimentées sur le terrain afin de co-construire, avec les professionnel·les du secteur une organisation plus efficace et davantage centrée sur les besoins multiples de la population.

Les semaines Portes ouvertes, par exemple, ont été lancées par certaines antennes de santé mentale et déployées par la suite par les équipes d'appui dans les cinq bassins. Ces événements, un par bassin donc, sont menés grâce à la participation de structures et services qui améliorent leur visibilité et leur interconnaissance.

L'introduction de ce niveau « bassins » implique une nouvelle manière d'envisager le travail en réseau, fondée sur le principe de « responsabilité populationnelle ». Étant donné la diversité des populations et la complexification des parcours de vie, aucun·e acteur·rice ne peut, de manière isolée, répondre à l'ensemble des besoins exprimés. Les professionnel·les sont donc amené·es à travailler en lien permanent et il devient primordial de coordonner cette interdépendance, non pas autour d'un public

ou d'une pathologie donnés, mais à l'échelle d'un territoire et en synergie avec les niveaux local et régional². L'objectif recherché est de replacer le bien-être de l'ensemble de la population au centre des discussions, en accompagnant les bénéficiaires dans le respect de leurs projets de vie. Cette approche vise également à assurer une plus grande satisfaction professionnelle des acteur·rices du social-santé, à optimiser l'utilisation des ressources, à promouvoir des soins inclusifs et durables, et à renforcer la coordination entre les différents acteurs pour continuer à répondre efficacement aux besoins croissants de la population.

Une couche de plus à la lasagne ?

Une des craintes fréquemment exprimées par les acteur·rices de terrain est que les bassins ne constituent un espace supplémentaire dans un paysage déjà dense, et qu'ils risqueraient d'alourdir la charge de travail. Ce n'est pas entièrement faux: la mise en place des bassins implique la création d'un niveau territorial supplémentaire et de nouveaux espaces de travail. Mais le véritable défi ne réside pas là. Il s'agit plutôt de trouver la manière optimale d'articuler ces différents espaces, niveaux et structures, et de clarifier où et pour quels enjeux

collaborer. Travailler au niveau loco-régional bassins doit par ailleurs permettre d'avoir une vision plus claire de ce qui existe sur le territoire,



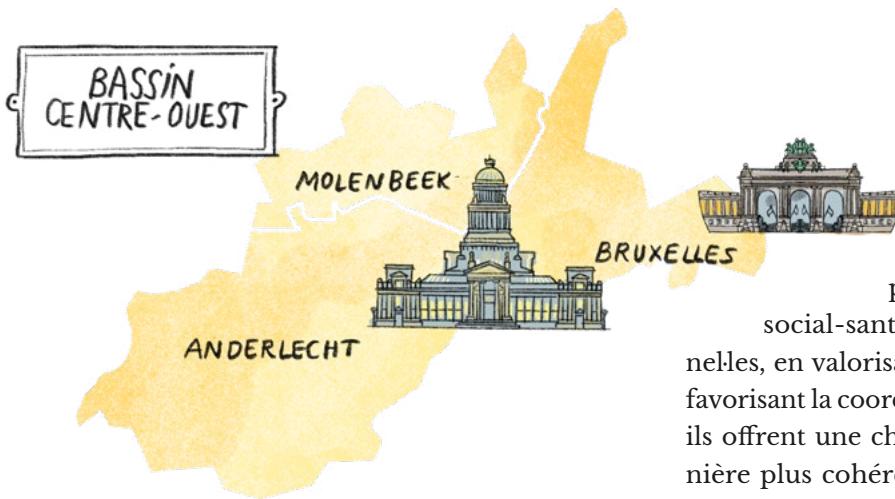
de mutualiser les ressources et d'améliorer l'interconnaissance entre professionnelles ainsi que la lisibilité des structures.

La réorganisation du système social-santé en est encore à ses premiers pas. Durant cette période de transition, il est possible qu'une certaine forme de chevauchement des espaces et des actions soit ressenti par les intervenant·es social-santé, le temps que les pratiques et les rôles se stabilisent et se coordonnent.

Défis et enjeux

Après plus d'un an d'activité, les premiers constats mettent en lumière des défis à la fois structurels et pratiques. L'enjeu majeur consiste à décloisonner les secteurs afin de favoriser une approche réellement transversale de la santé et du social. Nous entendons encore souvent des acteur·rices du social dire que les activités du bassin penchent trop vers la santé, tandis que les acteur·rices de la santé ont parfois l'impression que les enjeux sociaux prennent une place excessive. Or, le principe même de la territorialisation est justement que l'ensemble des acteur·rices, quels que soient leurs secteurs professionnels, se sentent non seulement concerné·es par toutes les thématiques mais également légitimes de les aborder. L'articulation avec les autres échelons — quartiers, région, autres bassins — reste également un chantier central pour donner tout son sens à l'échelle « bassin ». Finalement, un défi central est de traduire les besoins et difficultés exprimés en actions concrètes, pertinentes, utiles et réalisables, en s'appuyant sur ce qui existe déjà et en valorisant les bonnes pratiques. Si ces défis témoignent de la complexité du travail intersectoriel, elles constituent aussi un terrain privilégié pour tester des solutions innovantes et renforcer la coordination à l'échelle du bassin.

² Voir Zinneke n°2, automne-hiver 2024, « Plongée au cœur de la responsabilité populationnelle », pp 13-19.



Perspectives

Progressivement, la connaissance des territoires (identification des besoins de la population, organisation de l'offre, des pratiques et des dispositifs existants) permettra de soutenir le développement de pistes d'actions pertinentes et de projets transversaux concrets, portés par un ensemble de professionnel·le·s et de secteurs, et soutenus par les équipes des bassins. Pour y parvenir, les priorités de travail devront notamment se concentrer sur une mobilisation accrue des prestataires indépendant·es — en particulier des médecins généralistes et hospitaliers — ainsi que des citoyen·nes. Leur participation renforcée est essentielle pour construire une vision plus complète et partagée de l'offre de soins et des besoins du territoire.

Un défi central est de traduire les besoins et difficultés exprimés en actions concrètes, pertinentes, utiles et réalisables, en s'appuyant sur ce qui existe déjà et en valorisant les bonnes pratiques.

Si les bassins d'aide et de soins sont encore en phase d'expérimentation et d'ajustement, ils incarnent déjà une nouvelle manière de penser et d'organiser le travail social-santé. En réunissant les professionnel·le·s, en valorisant les initiatives existantes et en favorisant la coordination à l'échelle d'un territoire, ils offrent une chance réelle de répondre de manière plus cohérente et adaptée aux besoins des populations. Le chemin reste long et demande de la patience, de la coopération et de la créativité, mais les premières expériences montrent que, petit à petit, les bassins peuvent transformer ce match chaotique en un véritable jeu collectif, où chacun·e connaît son rôle et contribue au bien-être de tous·tes.

*Clémentine König
Brusano*

Tandis que Brusano s'est vu confier par la Région de Bruxelles-Capitale la mission d'opérationnaliser les cinq bassins d'aide et de soins qui composent le territoire, BruZEL (voir page suivante) est mandaté par la Région flamande pour implémenter sa politique de santé à destination de la population bruxelloise néerlandophone. Deux acteurs et deux politiques différentes, donc, mais sur le terrain, le travail se fait de manière concertée, à travers des activités et des collaborations intégrées afin de répondre au mieux aux besoins des populations concernées.

BruZEL: la zone de première ligne néerlandophone à Bruxelles

BruZEL est la zone de première ligne néerlandophone de la Région de Bruxelles-Capitale, créée par les autorités flamandes en 2020. La Flandre et Bruxelles comptent un total de 60 zones de première ligne. Alors que la structure bicommunautaire fonctionne avec cinq bassins d'aide et de soins, BruZEL a opté volontairement pour une zone unique couvrant toute la région. Une réponse est ainsi donnée à la présence dispersée de Bruxellois·es néerlandophones et à la demande d'une structure de soins inclusive et harmonisée.

L'action de BruZEL consiste à organiser et à adapter l'offre de soins aux besoins des Bruxellois·es néerlandophones et se concentre en particulier sur la coopération entre le secteur social et les soins de santé. Le *zorgraad* (conseil de soins et d'aide) de BruZEL dirige la zone sur le fond et fixe les objectifs stratégiques et opérationnels. Dans ce cadre, il est important de coopérer avec les cinq bassins d'aide et de soins afin que la mission flamande continue à être assurée à Bruxelles et que la qualité des soins et de l'aide soit garantie.

Les missions de BruZEL sont multiples:

- adapter l'offre de soins aux besoins locaux des Bruxellois·es (néerlandophones),
- collaborer avec la politique sociale locale de la Commission communautaire flamande (CCF),
- soutenir les partenaires du Zorgraad dans l'organisation de soins intégrés et de qualité,
- participer à la mise en œuvre des objectifs stratégiques dans le domaine politique de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille (*Welzijn, Gezondheid en Gezin*).

En interne, BruZEL a organisé ses activités de manière telle que chaque collaborateur·rice assure le suivi d'un des cinq bassins d'aide et de soins. Un lien direct est ainsi établi entre BruZEL et les équipes des bassins: les collaborateur·rices participent aux concertations thématiques, aux Ateliers du changement et aux Conseils dans la zone qui leur a été attribuée. Et un représentant des bassins d'aide et de soins siège au zorgraad. Cela garantit un lien solide

et un échange de connaissances, d'expériences et de méthodologies entre le paysage de soins néerlandophone et le reste du paysage de soins bruxellois.

La coopération avec les bassins d'aide et de soins est essentielle. Les deux structures rassemblent des professionnelles du secteur social et des soins, facilitent la concertation et partagent des connaissances et des outils pour des soins intégrés. BruZEL organise, par exemple, la *zorgwijkoverleg* (concertation de quartier sur les soins), des formations – souvent aussi en collaboration avec Brusano – et des échanges de méthodologies, toujours dans l'optique d'une prise en charge accessible et de qualité.

Les réformes menées à Bruxelles exigent beaucoup de concertation et de coordination. Il en résulte parfois un sentiment de double emploi ou de «réunionite» sans changement immédiatement perceptible dans la pratique quotidienne. Mais cette phase est nécessaire: grâce à la coordination et à la collaboration, nous pourrons bientôt prendre des mesures concrètes qui amélioreront réellement les soins et la coopération.

Le plus grand défi est d'obtenir et de conserver l'adhésion de toutes les parties concernées et de faire comprendre la valeur ajoutée de ces réformes. Tout repose sur un changement de mentalité: passer d'un fonctionnement axé sur l'offre à un fonctionnement axé sur la demande, en mettant l'accent sur la responsabilité populationnelle et sur des soins ciblés. BruZEL et les bassins d'aide et de soins évoluent ensemble vers un paysage de soins plus intégré et plus accessible qui se concentre principalement sur les besoins des Bruxellois·es.

En résumé, BruZEL et les bassins d'aide et de soins ont chacun leurs missions et leur structure mais travaillent en étroite collaboration pour atteindre l'objectif qu'ils partagent: des soins intégrés accessibles et de qualité pour tous les Bruxellois·es.

Annick Dermine

Directrice de Huis voor
Gezondheid et BruZEL

Écrire l'invisible



Nous réservons cet espace aux bénéficiaires des services social-santé qui partagent leur expérience, expriment leur ressenti sous l'une ou l'autre forme artistique. À l'honneur dans ce numéro, les détenu·es francophones ayant participé au concours d'écriture en milieu carcéral « Libre d'écrire ».

À propos

Certain·es tendent parfois à l'oublier mais les détenu·es sont des « bénéficiaires du social-santé » à part entière. En dépit de leur statut juridique particulier, les personnes incarcérées jouissent en effet des mêmes droits fondamentaux que tous·tes les citoyen·nes, hormis le droit à la liberté de mouvement. Ceci implique le droit aux relations familiales et intimes, à la santé, au travail, à la sécurité sociale, à la formation; le droit de participer à des activités de loisir, le droit de vote, etc. La loi du 12 janvier 2005 concernant l'administration des établissements pénitentiaires et le statut des détenu·es stipule par ailleurs en toutes lettres que « l'exécution de la peine ou mesure privative de liberté s'effectue dans des conditions psychosociales, physiques et matérielles qui respectent la dignité humaine, permettent de préserver ou d'accroître chez le détenu le respect de soi et sollicitent son sens des responsabilités personnelles et sociales ».

Malheureusement, il suffit d'être un minimum attentif·ve aux échos de l'actualité pour savoir qu'on en est (très) loin.

Début octobre, directions des établissements pénitentiaires et syndicats s'associaient dans un mouvement inédit visant à dénoncer la surpopulation carcérale et les conditions de détention « inhumaines » qui en découlent: matelas posés à même le sol, parfois jusque dans les couloirs; repas sautés et/ou portions alimentaires insuffisantes; accès aux douches limité; promenades supprimées; etc.

En mai dernier, le docteur Brecht Verbrugghe, médecin exerçant au sein de la prison dite « modèle » (sic) de Haren, interpellait l'Ordre des médecins pour dénoncer ses conditions de travail, estimant que « l'exercice des soins est rendu structurellement incompatible avec la déontologie qui encadre la profession ».

Si on peut voir là un problème de niche affectant une population marginale, cela ne saurait en aucun cas justifier ni l'indifférence, ni l'inaction. Il convient au contraire de se lever contre cette situation révoltante et soutenir celles et ceux qui s'investissent pour y remédier.

« On juge une société à l'état de ses prisons »

Albert Camus

Il importe également de s'ouvrir à celles et ceux qui vivent et racontent la chose de l'intérieur. Ce que nous vous proposons ici.

Le projet

« Libre d'écrire » est un concours d'écriture en prison organisé depuis 2019-2020 par la Concertation des Associations Actives en Prison (CAAP), en partenariat avec le Service de la Lecture publique de la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Foire du Livre de Bruxelles, l'ADEPPI, la Compagnie Gambalo et, pour la 1^{re} édition, la Maison du Livre de Saint-Gilles. Il offre aux détenu·es francophones l'occasion de s'exprimer dans la forme de leur choix: fiction, expression artistique (BD), poésie, récit de vie.

Nous publions ici le texte de Chris Féri, lauréat de l'édition 2023-2024 dans la catégorie « Récit de vie ».

Debout

par Chris Féni

Je passai sept heures dans une de ces cages à attendre mon départ vers la prison.

Nous étions huit détenus à prendre place dans un fourgon sécurisé, dans d'autres cages, en plexiglas cette fois, un peu plus larges que des épaules, à peine assez profondes pour y placer les genoux.

Le monstre ouvrit sa grande gueule et nous éjecta, sirènes et gyrophares allumés. La Grande Roue de la Place Poelaert nous fit sa révérence et la dense circulation s'écarta face à la priorité de notre convoi.

Vingt minutes plus tard, nous arrivions à la prison de Saint-Gilles. Je pensais rester dans le fourgon pour reprendre la route en direction de la prison où j'avais passé une partie de ma détention préventive, mais sans pouvoir me donner d'explication, les policiers m'affirmèrent que c'était bien le terminus.

Leur mission s'arrêta au Greffe de la vieille prison bruxelloise qui n'en savait pas plus sur les raisons de mon intégration en leur établissement.

Un agent pénitentiaire m'emmena au vestiaire. Je dus me déshabiller, prendre une douche et enfiler la tenue pénale. Mes vêtements civils resteront dans les objets prohibés jusqu'à ce que je ressorte un jour.

Nous habiller en tenue pénale fait partie du processus de mise à l'écart de la société et de la civilité.

La tenue pénale brouille les codes des classes sociales. C'est une sorte de bonnet d'âne humiliant.

Elle est collective, remplie de surprises: Poches ou entrejambes trouées, boutons manquants, souillures persistantes, brûlures de cigarettes...

Habillé de ces guenilles, je ressemblais à l'Arc de Triomphe empaqueté, l'œuvre posthume de Christo, ou plutôt, une contrefaçon de leur œuvre que ce contrefacteur d'agent aurait pu nommer L'arc-sans- triomph-loquetoux.

Lassé par trente ans de service, il me demanda:

– Combien tu chausses?

– 43

Le juge prononça ma lourde peine de prison.

À ce moment, des policiers sortirent des entrailles du palais de justice de Bruxelles par une immense porte capitonnée. Tels des danseurs dans un ballet tragique, ils traversèrent la salle aux murs ornés de boiseries sombres du XIX^e siècle. Le parquet grincait à chacun de leurs pas comme les planches d'un théâtre sous les sauts des saltimbancques. Les magistrats ne tombaient point leurs masques de no.

De cette tragédie, j'en étais l'auteur.

Ce jugement fut une fracture.

Un basculement d'un état à un autre.

Un arrêt dans le temps.

La fin de tout, le début d'autre chose.

À l'image de ce monstre de palais de justice, je tombais en ruine. Il était temps de m'assainir ; me démonter pour mieux me reconstruire.

Comme ce palais, mes architectes ont tout fait pour que je sois grand et beau.

Comme ce palais, je suis devenu laid.

Ils ont vu grand, mes architectes.

Ils sont tombés de haut.

Ils s'emparèrent de moi, les danseurs des ténèbres. Les cliquetis des menottes rompirent le silence grave de l'assemblée. Ils me précipitèrent dans les tréfonds du grand palais par un escalier dérobé, d'un autre temps. Dans les bas-fonds, le salpêtre crachait le plafonnage qui se retrouvait, craquant, sous nos pas. Des gouttes d'eau tombant du plafond jouaient du xylophone sur le carrelage brûlant. Ça faisait de la musique, sous le palais, mais personne ne dansait, personne ne chantait. Sur des étagères, des milliers de dossiers bravaient l'humidité en se serrant les fardes. Au bout de cette traverse farfelue, des cages, formant le périmètre d'un espace cylindrique d'une dizaine de mètres de diamètre et d'une hauteur de vingt mètres, parquaient des dizaines de prévenus, cent peut-être, dans un brouaha assourdissant.

Il fouilla d'une main dans une caisse qui contenait des claquettes en mousse en vrac.

– J'ai plus de 43. Il me reste du 45, 46 ou 41.
– 41 alors...

J'enfilai les claquettes brutalisées par leurs précédents bourreaux; plates comme deux crêpes, rafistolées avec des bouts de drap de lit. Le peu de fierté qui pouvait me rester se perdit dans mes loques froissées. À peine arrivé, la prison commençait déjà à me mâcher. J'appréhendais la déglutition, la suite et surtout la fin de la digestion.

Je pus passer un coup de téléphone de deux minutes. Je prévins mes parents qui attendaient de mes nouvelles depuis la matinée. En quelques secondes, ils vieillirent d'une décennie.

En mes enfants allait s'inscrire un traumatisme.

Les actes que j'ai commis m'amènèrent avec justice à mon incarcération. Injustement à la leur.

Mon incarcération et mes actes ont percé la ligne du temps de mon entourage marqué au fer rouge de la honte, imprégné de sidération. Le chef me donna une bassine, une assiette plate, une assiette creuse, un bol, une tasse, des couverts, deux draps de lit, une couverture, un coupe-vent, une veste sans manches, une veste en polaire, un stylo à bille, quelques feuilles de papier, des enveloppes et un kit d'hygiène composé d'un gel douche, d'un rasoir jetable, de mousse à raser, d'une brosse à dents, d'un tube de dentifrice et d'un rouleau de papier toilette.

Une agente prit le relais:
– Suivez-moi, je vous amène à votre cellule.

J'avancai le menton posé sur mon paquet, une main pour relever mon pantalon à chaque enjambée. Nous nous enfoncions vers l'espace carceral qui enfermait près de mille détenus. Le bruit se faisait de plus en plus présent, de plus en plus impressionnant; un mélange de cris, de sirènes et du son métallique des verrouillages de portes. Tout était grand, tout était vilain.

Nous butâmes sur le portail de l'aile des détenus entrants où j'allais passer quinze jours d'observation avant d'être muté dans une autre aile. L'ouverture automatique actionnée par le centre se déclencha, donnant la cadence à mon rythme cardiaque. Ça cognait dans les portes des cellules, ça hurlait, ça insultait... Nous pénétrâmes dans l'aile; longue de près de cinquante mètres, dressée sur trois étages, le plafond culminait à plus de trente mètres.

Je vis des gueules cassées et des corps tordus, des bouches tabassées par l'héroïne, des zombies imprégnés de benzodiazépine, des peaux livides, des âmes vides...

Je croisai des regards noirs à ne pas fixer. Surtout, ne jamais fixer ces regards noirs...

Nous passâmes devant un portique de sécurité complètement détruit. Plus tard, j'apprendrai qu'un détenu s'y était écrasé en se jetant de la passerelle du deuxième étage pour mettre fin à ses jours.

L'Enfer est sur Terre.

L'agente ouvrit la cellule. Une cellule pour deux détenus. Maigres consolations: il n'y avait encore personne et nous n'y serions que deux.

– Ce qui n'est pas le cas dans certaines prisons belges où les détenus survivent à cinq ou sept dans une cellule ne pouvant accueillir que deux personnes. – La crasse et l'insalubrité occupaient déjà les lieux. Une pellicule anthracite collante couvrait le sol, l'humidité bouffait les murs sur lesquels se lisaient la haine et l'ennui. C'était donc à cela que le stylo à bille servait... Le dentifrice s'utilisait au collage d'affiches plutôt qu'au brossage des dents. La pâte blanche durcie recouvrail les murs et les meubles. La porte d'une armoire s'agrippait à la seule charnière qui lui restait, une autre avait été trouée par un coup-de-poing, une étagère était carbonisée, sur les lits superposés se lamentaient deux matelas en décomposition, la cuvette du W.-C. pleurait sans arrêt, les fils électriques étaient orphelins de leurs prises, il n'y avait plus d'éclairage, pas de télévision, pas de radio et aucune possibilité d'avoir l'heure. Dans cette gâdoue, deux cloisons neuves, rayonnantes, délimitaient l'espace des toilettes. Un soulagement. Nous allions pouvoir faire nos besoins à l'abri des regards. Être assis sur la cuvette et déferquer à deux mètres l'un de l'autre demande de l'humilité et de la stratégie pour garder un semblant d'intimité quand la pièce de douze mètres carrés, qu'on ne peut quitter, fait office de salon, de salle à manger, de bureau, de chambre, de W.-C. et de salle de bains.

On partage tout dans une cellule, même ce qu'on n'a pas envie de partager. Des odeurs de corps aux blessures de l'âme. (...)

Le terrain en action(s)

Destination solutions

Nous sommes parti·es à la rencontre d'acteur·rices du secteur social-santé bruxellois qui ont décidé de ne pas attendre pour changer la donne. Regard sur des projets insiprants.

MACS ET GRANDS CARMES

Sous les couleurs de l'arc-en-ciel

Parti·es à la découverte de la Maison Arc-en-ciel de la Santé (la MACS pour les intimes), nous sommes revenu·es nourri·es d'informations sur « Les Grands Carmes », le projet global dans lequel s'inscrit celle qui se présente comme la première maison médicale en Belgique spécifiquement orientée vers les personnes LGBTQIA+. Il s'est en effet avéré impossible d'évoquer l'une sans qu'on nous parle de l'autre. Et vice versa. C'est que les deux initiatives, nées d'une réflexion entamée il y a plusieurs années, se complètent et se

INFO ET CONTACT

grandscarmes.org

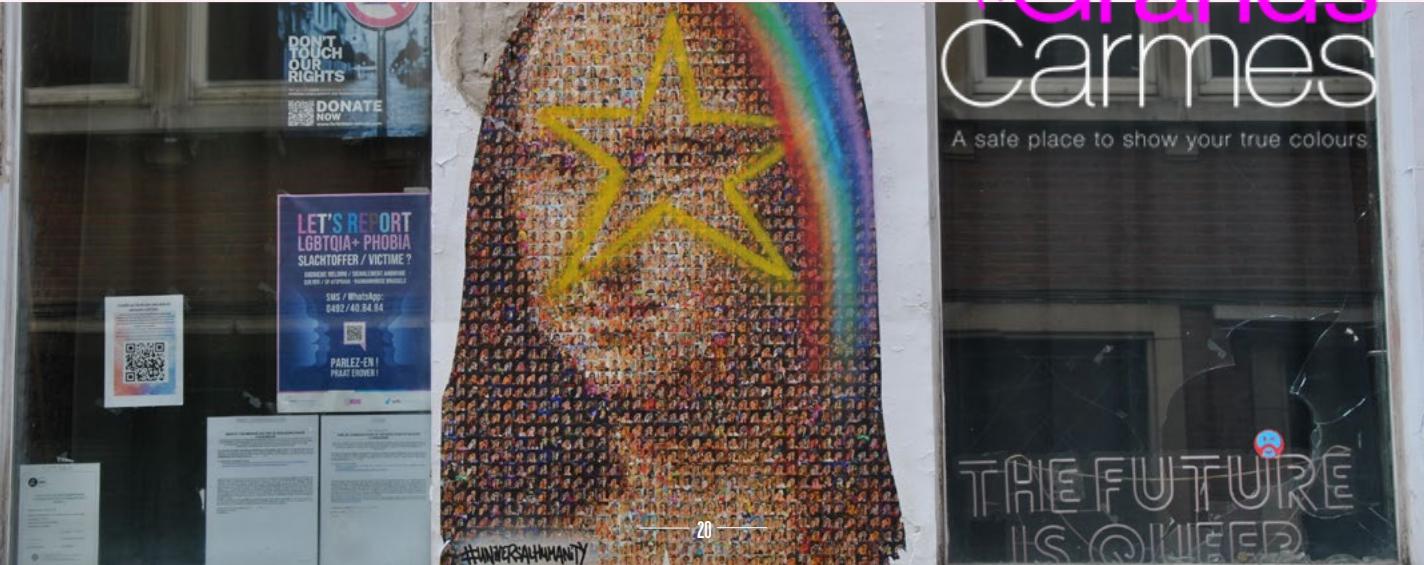
TERRITOIRE D'ACTIVITÉ

La Région de Bruxelles-Capitale et au-delà

conjuguent, s'emboîtent et s'imbriquent, se fondent et se confondent jusqu'à former un ensemble unique et cohérent.

Mike Mayné, président de la Maison Arc-en-ciel de la Santé et bénévole depuis plus de 20 ans au sein de l'asbl exæquo, retrace avec nous l'histoire et l'évolution de ce qui constitue la concrétisation d'un travail opiniâtre fondé sur l'engagement et une connaissance fine du terrain.

 **Grands Carmes**
A safe place to show your true colours





Mike Mayné
Président de la MACS

Quand et comment est né le projet de la MACS? Fut-il dès l'origine porté par les trois associations que l'on retrouve aujourd'hui derrière lui (exæquo, Genres Pluriels et Tels Quels)?

C'est une histoire assez longue, liée à différents projets. Tout a commencé avec la liste T.T.B.M., la liste des «Très-très-bons-médecins». Au sein de la communauté HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, NDR), certains n'étaient pas contents de leur médecin car ils avaient le sentiment d'être mal reçus en raison de leur sexualité. Des adresses ont alors commencé à circuler et à être refilées sur le mode «Moi, j'en ai un bon...» à la suite de quoi, chez exæquo, nous avons décidé d'établir une liste dite des «Très-très-bons-médecins» vers lesquels nous pouvions renvoyer. Cela remonte à une dizaine d'années mais cette liste existe toujours aujourd'hui. Et nous recevons encore chaque année plus de 500 demandes de coordonnées de praticiens *gay-friendly* ou *séro-friendly*...

Au bout d'un moment, nous avons considéré qu'il serait opportun de nous assurer que les médecins référencés étaient suffisamment formés et avaient une expérience pertinente pour prendre en charge des patients HSH. Car être *friendly*, c'est bien, mais ça ne suffit pas... Nous sommes donc allés à la rencontre de ces praticiens avec un module de formation spécifique puis nous avons élargi ce public, donné des conférences, etc. Parallèlement, nous avons ouvert notre approche centrée sur les HSH et nous nous sommes rapprochés de Genres Pluriels puis de Tels Quels afin d'élaborer un contenu commun qui couvre toutes les lettres de l'acronyme LGBTQIA+. Cette formation fait aujourd'hui partie intégrante du cursus des futurs médecins et infirmiers dans plusieurs universités.

Chacune des trois associations a ensuite commencé à faire de l'ambulatoire – exæquo pour le dépistage, Tels Quels avec des consultations psy, etc. – et nous avons jugé utile de rassembler ces activités, d'abord dans les mêmes locaux puis dans une même structure. Nous avons donc demandé un agrément que nous avons reçu et la Maison Arc-en-ciel de la Santé, la MACS, est née.

J'ajouterais qu'exæquo a organisé en 2023 et en mai dernier les deux premières conférences européennes sur la santé LGBT en vue de nous nourrir de ce qui existe par ailleurs, partager ce que nous faisons et essaimer, propager la réflexion. Nous avons la volonté que, par-delà sa dimension pratique, la MACS soit aussi un laboratoire, qu'elle permette de recueillir des données, générer de l'information et la faire rayonner pour que la santé LGBT devienne un véritable enjeu scientifique.

Vous êtes-vous inspirés de projets similaires qui existeraient ailleurs?

La MACS est quelque chose de relativement unique. Il existe certes dans beaucoup de pays des centres de santé sexuelle, souvent HSH et axés sur le dépistage, mais nous avons une perspective beaucoup plus large, une vision holistique... Je pourrais donc dire que c'est nous qui inspirons les autres. Ainsi, nous avons reçu la semaine dernière un courrier officiel du ministre brésilien des Droits de l'Homme qui sera en Belgique prochainement et souhaite venir nous rencontrer.

Il importe toutefois de préciser que, pour nous, la MACS est une pièce d'un ensemble. Elle participe, au même titre que nos autres projets qui sont tous intimement liés voire imbriqués comme des poupées russes, à ce qui constitue les Grands Carmes.

«Les Grands Carmes»? De quoi s'agit-il?

C'est avant tout le bâtiment dans lequel nous nous trouvons. Il fut acheté il y a quelques années par la ville de Bruxelles qui envisageait d'y faire du logement... et «autre chose», cet autre chose restant à préciser. En attendant, un appel à projets pour une occupation précaire fut lancé et nous l'avons



remporté. C'est alors que nous avons bénéficié d'une chance inespérée. L'échevine Mutyebele était à l'époque en charge à la fois du logement, de l'égalité des chances et de la régie foncière. Notre projet impliquait ces trois compétences et cela a fait « tilt » : la localisation idéale du bien, au cœur du quartier où notre communauté a l'habitude de sortir, et notre proposition d'occupation par pôles, susceptible d'occuper l'ensemble du bâtiment, justifiaient que notre projet devienne permanent !

Nous avons été invités à revoir notre copie en la détaillant davantage, ce que nous avons fait en impliquant la communauté via des ateliers qui ont rassemblé une cinquantaine de participants réguliers. Un concours d'architectes fut organisé, un lauréat a été sélectionné et nous attendons aujourd'hui les permis pour lancer des travaux de rénovation totale pris en charge par la ville. Comme il s'agit d'un bâtiment classé, situé dans le périmètre Unesco, certaines interventions devront être quasi chirurgicales pour préserver le patrimoine. Il est donc difficile d'estimer quand nous pourrons réellement disposer des lieux. 2027 au plus tôt, 2029 au plus tard...

Et donc, concrètement, en quoi consiste ce projet d'aménagement ?

L'idée centrale est – le lieu s'y prête particulièrement bien avec son énorme porte cochère – d'avoir une entrée unique donnant accès à différents pôles où la communauté LGBTQIA+ trouvera une offre de services diversifiée. Le pôle Santé occupera tout

le dernier étage et comptera 14 cabinets de consultations avec des médecins généralistes mais aussi 2 ou 3 gynécos, des psychologues ou encore un dentiste car la sérophobie reste très vive dans la profession. Il y aura également un pôle culturel, des bureaux pour 4 à 5 associations, un café... Et des logements pour l'occupation desquels une réflexion est en cours car il n'est évidemment pas question d'en faire des locations Airbnb, nous souhaitons élaborer des critères et une procédure d'attribution qui fassent sens avec l'ensemble du projet.

Avez-vous des contacts avec d'autres villes belges pour décliner cette approche ?

Non. Et je ne crois pas que pareil projet soit envisageable ailleurs en Belgique sauf, peut-être, à Anvers. Nous avons la chance à Bruxelles d'avoir une communauté importante, une masse critique suffisante pour qu'un tel centre fonctionne, ait des journées pleines et, *in fine*, soit rentable. Ailleurs, ce sont d'autres mécanismes qui se mettent en place. Il y a par exemple dans chaque province une Maison Arc-en-ciel, coupole d'associations LGBTQIA+, et des ponts se créent avec des maisons médicales de référence pour travailler ensemble. Il s'agit d'établir des liens entre des structures existantes plutôt que d'inventer du neuf.

Pour en revenir à la MACS, quel est son mode de fonctionnement?

Nous sortons un peu des cadres... Notre approche diffère en effet des maisons médicales traditionnelles qui s'inscrivent dans un territoire et couvrent un quartier. Nous, même si tout le monde peut venir consulter à la MACS, nous travaillons essentiellement pour une communauté spécifique qui est relativement dispersée. Nous le constatons depuis l'ouverture en février, notre patientèle vient vraiment de tout Bruxelles et même au-delà. C'est pourquoi nous travaillons à l'acte plutôt qu'au forfait, ce qui permet de venir chez nous pour certains soins disons « sensibles » tout en gardant sa maison médicale. Nous sommes très clairs sur cela avec l'administration et elle nous comprend.

Les consultations se font sur rendez-vous, via des plages horaires ouvertes...?

Pour l'instant, nous recevons exclusivement sur rendez-vous mais il est toujours possible d'intercaler une « urgence » entre deux patients. Les rendez-vous se prennent soit par téléphone entre 8 et 18 heures, soit sur internet via rosa.be. Nous avons actuellement deux médecins généralistes actifs chacun deux jours semaine et nous sommes en cours de recrutement d'un troisième qui nous permettra de couvrir l'ensemble de la plage hebdomadaire.



Comment s'est constituée votre patientèle?

Nous sommes imprégnés par le réseautage associatif et le bouche-à-oreille qui ont tous deux rapidement porté leurs fruits. Par ailleurs, le projet bénéficie d'une certaine notoriété et de nombreuses structures orientent vers nous: Pag-Asa, Fedasil, Le Refuge, les CPAS, d'autres maisons médicales, et plus généralement les associations qui accompagnent les demandeurs d'asiles ou luttent contre la traite des êtres humains.

Il est important de le rappeler: la MACS est ouverte à tout le monde et en aucun cas réservée au public LGBTQIA+. Tout au plus celui-ci est-il assuré d'y bénéficier d'un accueil bienveillant.

Au-delà de son intégration dans les «nouveaux» Grands Carmes, comment voyez-vous l'évolution de la MACS?

Nous sommes en train de nous emparer du sujet du VIH, le virus de l'immunodéficience humaine, en collaboration avec Saint-Pierre. Nous aimerais pouvoir prescrire de la primo-prep (utilisation préventive d'un traitement antirétroviral chez des personnes séronégatives exposées à un risque de VIH, NDR), avoir des stocks de TPE (traitement à prendre en urgence et jusqu'à 48 heures après un risque d'exposition au VIH, NDR). Nous sommes en discussion avec un labo producteur de traitements injectables afin de pouvoir injecter ici. C'est tout un travail de mise en place pour lequel nous aurions vraiment besoin de disposer d'assistants sociaux que nous espérons pouvoir engager si nous obtenons le statut de Centre Social-Santé Intégré (CSSI) que nous avons demandé.





Olivier Dupray
Médecin généraliste
à la MACS



Bilan médical

Olivier Dupray est l'un des deux médecins généralistes actuellement actif·ves au sein de la Maison Arc-en-ciel de la Santé. Il revient avec nous sur les six premiers mois de cette expérience.

Votre travail à la MACS diffère-t-il de celui que vous mèneriez ailleurs?

Il convient avant tout de rappeler que nous sommes une maison médicale généraliste et non pas limitée à une approche de santé sexuelle. Par conséquent, ma pratique n'est guère différente de celle de collègues opérant dans un autre cadre. Sans doute suis-je confronté à un nombre d'IST supérieur à celui que rencontre un médecin généraliste libéral classique. Et j'assure le suivi de patient·es en transition avec des hormonothérapies, ce qui reste peu fréquent. Mais au-delà de ça, les motifs de consultations sont assez banals avec beaucoup de suivi de maladies chroniques, des tendinites, des allergies...

Si elle est accessible à tous·tes, la MACS se définit néanmoins comme «à destination des publics LGBTQIA+». Le remarquez-vous dans sa fréquentation?

Je ne demande pas à quelqu'un qui entre dans mon cabinet quelle est son orientation sexuelle... Tout au plus le contexte fait-il qu'on en parlera plus facilement si cela apporte quelque chose de clinique. Sur ce plan, il m'arrive de rencontrer des personnes pour lesquelles cela reste très difficile d'assumer leur orientation sexuelle. Notamment des personnes âgées qui n'ont jamais osé en parler à leur médecin par crainte d'être «étiquetées». «J'aurais

eu l'impression d'être tout d'un coup devenu fluo» m'a dit l'un... Un autre est venu me voir après avoir découvert la MACS lors d'une promenade en couple. Il n'avait pas vraiment de problème de santé mais un profond besoin de parler. Il m'a confié fréquenter des hommes sans jamais avoir osé l'avouer à son épouse.

Clairement, il y a un effet «Safe place» qui favorise la confidence, ce qui donne lieu à des moments de consultation assez riches. J'entends régulièrement: «Je ne sais pas pourquoi je vous raconte tout ça...»

Pour en revenir au profil des patients, l'élément le plus marquant pour moi est que je suis essentiellement confronté à des personnes ayant eu une expérience négative du corps médical, souvent en rupture thérapeutique, n'ayant plus consulté depuis des années et pour lesquelles je dois parfois procéder à une reprise en charge totale. Il y a aussi pas mal de passif en termes de violence domestique, de harcèlement, d'homophobie ou de transphobie.

Qu'est-ce qui motive votre engagement au sein de la MACS?

J'ai toujours eu dans mon travail une appétence pour la santé communautaire et la santé sexuelle qui sont vraiment ici au cœur du projet.

Par ailleurs, Mike a évoqué ce que nous tentons de développer autour de la prise en charge du VIH. Il s'agit d'un formidable projet-pilote, totalement précurseur, dans lequel je me retrouve pleinement. Sortir les personnes d'un trajet de soins strictement hospitalier, c'est quelque chose qu'on ne voit pas encore mais qui est pourtant indispensable car on ne peut pas continuer dans le modèle actuel. Il y a des réalités indéniables et incontournables – la densité médicale, la surcharge des spécialistes à l'hôpital et le vieillissement de populations concernées – qui imposeront de tout changer et il faut commencer à explorer d'autres pistes sans attendre. La MACS est idéale pour initier cela.

Accompagner la numérisation ? Non, y faire face.

Dans le précédent numéro de « Zinneke »¹, nous faisions écho à une étude relayant les inquiétudes des travailleur·euses du secteur social face aux politiques de « digitalisation par défaut » à l'œuvre dans les services publics. Nous reprenions alors cette interrogation : « *La citoyenneté et l'accès aux droits sociaux sont-ils désormais conditionnés à la création d'une identité numérique ?* ».

¹ Zinneke n°3, printemps-été 2025,
pp.10-11, « Numérisation des services
publics: attention, danger(s)! »

Le projet « Informaticien·ne public·que » s'empare de cet enjeu pour permettre à celles et ceux qui ne maîtrisent pas l'informatique d'accéder à ses ressources mais s'attache dans le même temps à combattre une société « *Digital first* » excluante et déshumanisée.

Vincent Ferré, chargé du projet au sein de l'asbl Action et Recherche Culturelles, évoque avec nous cette approche duale qui peut paraître contradictoire mais se révèle *in fine* complémentaire.



Vincent Ferré
IP chez Action et
Recherche Culturelles



Que trouve-t-on derrière cette étiquette d'informaticien·ne public·que ? En quoi consiste votre activité ?

Un petit préambule s'impose pour bien comprendre où nous nous situons.

On distingue trois formes d'inégalité d'accès au numérique. La première est matérielle : il faut disposer des outils adaptés ; un smartphone, une tablette, un ordinateur, un clavier, une souris... mais aussi une connexion efficace. La deuxième relève des compétences nécessaires pour utiliser ce matériel, compétences plus ou moins poussées selon l'usage que l'on va en faire. La troisième porte sur les bénéfices et contraintes induits. Je m'explique.

Au lendemain de la crise COVID, la SNCB a décidé d'offrir à tout le monde un Rail-Pass... uniquement disponible par Internet. Donc, sans Internet, pas de Rail-Pass. Nul doute que l'on a ainsi privé de ce cadeau les personnes qui en avaient le plus besoin... Sur un tout autre plan, certaines formalités exigent des documents et attestations à télécharger. On impose donc aux gens de fournir des éléments uniquement accessibles via un outil dont ils ne disposent pas ou qu'ils ne maîtrisent pas.

Le rôle de l'informaticien·ne public·que, que nous appelons entre nous IP, se situe essentiellement à ce troisième niveau relatif aux bénéfices et contraintes, les deux premiers étant quant à eux pris en charge dans les EPN, les Espaces Publics Numériques. Dans la pratique, toutefois, la distinction entre IP et EPN est rarement aussi franche.

On peut d'ailleurs s'interroger sur le pourquoi de cette distinction...

Les choses se sont faites naturellement. Action et Recherche Culturelles avait mis en place un des premiers EPN labellisé CABAN, le Collectif des Acteurs Bruxellois de l'Accessibilité Numérique. Nous suivions le baromètre de l'inclusion numérique

de la Fondation Roi Baudouin et il nous paraissait évident que nous ne touchions pas le public qui était notre cible en fonction de notre localisation. L'idée nous est alors venue de proposer un EPN mobile en complément de celui installé dans nos locaux. Grâce à du matériel adapté, nous sommes partis à la rencontre du public au lieu d'attendre qu'il vienne à nous. Dans un premier temps, nos interventions relevaient du « numérique de 1^e ligne »: installer des applications, vérifier les paramètres, veiller à la confidentialité des installations... Parfois, on aidait à rédiger un mail.

C'est avec la COVID que les choses ont changé. Nous avons été confrontés à un afflux de personnes qui subissaient la fermeture des guichets publics comme privés. Elles venaient nous parler de leur situation et il est rapidement apparu que le numérique constituait une porte d'entrée pour rompre l'isolement. Notre rôle a alors pris une nouvelle dimension. Nous accompagnions les gens dans leurs formalités, les aidions à accéder aux services en ligne et à suivre leurs dossiers. C'est ainsi qu'est née cette fonction nouvelle que nous avons baptisée informaticien·ne public·que en référence au travail réalisé par les écrivains publics.

La dimension technique de votre travail s'est donc estompée pour faire place à une démarche plus sociale?

Exactement. Nous étions vraiment à la croisée du travail social... si ce n'est que n'avions pas été formés à celui-ci. D'où l'importance pour nous de la réorientation. Lorsque nous installons une nouvelle permanence, nous opérons systématiquement une cartographie des acteurs actifs dans le quartier, nous les contactons et les rencontrons pour connaître leurs spécificités et les prévenir que nous leur adresserons certains de nos usagers.

Comment choisissez-vous les lieux d'implantation de vos permanences?

Selon les demandes qui nous parviennent ou les besoins que nous identifions sur base de nos échanges. On cherche généralement à profiter des locaux d'un partenaire et à se greffer sur des activités qui existent déjà. L'idéal est de s'accorder à une structure

qui dispose de travailleurs sociaux et qui propose des permanences logement, juridiques, etc. Il s'agit de créer une symbiose pour dégorger des services de plus en plus sollicités pour des demandes qui ne relèvent pas de leurs missions et qui finissent par dénaturer le cœur de leur métier. Il y a ainsi des maisons médicales où les médecins vont sur le net récupérer un document pour un patient ou introduire une demande de statut BIM, ce n'est pas leur rôle, ils ont autre chose à faire.

Cela fait quelques années que vous travaillez dans ce cadre. Avez-vous noté une évolution?

La demande est de plus en plus importante. Dans un passé pas si lointain, il y avait des guichetiers qui étaient des portes d'entrée dans l'institution, ils assuraient un suivi personnalisé, géraient un dossier de A à Z. Aujourd'hui, on est dans une approche *fordienne* et déshumanisée. Non seulement il n'y a plus de guichetier mais un même dossier est suivi par plusieurs personnes ou services et on ne sait plus qui contacter, il n'y a plus de référent. Pour une personne qui essaie de comprendre sa situation afin de la faire évoluer, c'est très pénible de recevoir des informations parcellaires et parfois contradictoires...

Vu le mouvement en cours, notamment la stratégie « *Digital first* » initiée par l'Europe qui veut que tous les États membres aient achevé la digitalisation de leurs services publics pour 2030, n'avez-vous pas l'impression de mener un combat perdu d'avance?

Il est clair que la situation n'est pas confortable. Nous sommes un secteur en développement qui n'est pas reconnu, pas financé, pas balisé et nous avons face à nous le discours de politiques convertis à un déterminisme technologique qui martèlent « C'est l'avenir... ». On est dans une véritable bataille culturelle voire idéologique. Cette opposition se retrouve jusque chez les acteurs de l'inclusion numérique. Il y a ceux, comme nous, qui disent « on va aider celles et ceux qui n'en sortent pas avec ce qui se met en place mais on refuse d'occulter tout ce qui nous apparaît problématique dans les

choix posés ». Et il y a les autres, qui adhèrent sans réserve au mouvement et travaillent à ce que tous et toutes puissent y participer, convaincus qu'il s'agit d'un formidable outil de développement. Le problème, c'est que si on se contente d'aider les gens, voire de les former, on participe *de facto* au processus de recul social qui se met en place. Car la numérisation à marche forcée participe au phénomène de non-recours aux droits et de précarisation grandissante de la société. Par ailleurs, il est plus que légitime de revendiquer un débat sur ce qui constitue un enjeu de société majeur. On peut et on doit questionner ce qui se passe. Jusqu'où peut-on et va-t-on aller ? À quel coût, social mais aussi environnemental et financier ? Avec quels risques ? On oublie un peu vite la fragilité d'un système qui se trouve pourtant à la merci des hackers ou d'une méga-panne de courant...

On comprend la nécessité de se battre mais peut-on encore faire marche arrière ?

Tout n'est pas joué. Au niveau fédéral, Unia porte auprès du Comité européen des Droits sociaux une plainte dénonçant le fait que la Belgique maintient sa stratégie tout numérique alors qu'elle est dans

Les cinq commandements

Extrait de la « Charte des informaticien·nes public·ques »

La dématérialisation des services essentiels, privés comme publics, renforce les inégalités sociales numériques et met ainsi en péril l'accès au droit, l'exercice complet et éclairé de la citoyenneté. L'initiative des Informaticien·nes Public·ques replace l'humain dans la relation, aussi :

- La numérisation des services publics et collectifs ne doit pas échapper au processus démocratique pour penser un numérique qui soit non-excluant.
 - L'ensemble des services publics et d'intérêt général doivent rester accessibles sans obligation d'avoir recours aux outils numériques sans surcoût ou diminution de qualité.

l'incapacité de garantir l'accès aux services publics à l'ensemble de ses citoyens. À Bruxelles, « Lire et écrire » s'oppose depuis plus de deux ans à l'Ordonnance « Bruxelles numérique » portée par Bernard Clerfayt en demandant la garantie d'une alternative aux services numériques avec des guichets physiques, des lignes téléphoniques de qualité gérées par des répondants qualifiés et sans délais d'attente indécents. Cette revendication est soutenue par de nombreux acteurs social-santé.

Encore une fois, il ne s'agit pas de nier les atouts du numérique mais d'alerter sur ses dangers et de combattre ses conséquences néfastes.



- La numérisation des services publics et d'intérêt général ne doit pas contraindre les usagers à souscrire à des services privés ou à recourir à des solutions logicielles propriétaires.
 - Une alternative humaine avec un accès physique effectif et gratuit doit être développée sinon maintenue pour les contacts avec les services essentiels.
 - Le cas échéant, la fonction des IP et des autres travailleurs de la première ligne sociale doit être valorisée et financée tant par les pouvoirs publics que par les acteurs privés qui promeuvent la dématérialisation. Ce coût ne doit pas être supporté par les seuls acteurs de terrain.

Les mains dans le lobby

Nous avons l'habitude de présenter ici des projets ancrés dans le terrain, portés par des acteur·rices au contact direct des bénéficiaires et à leur service. Cet article fera exception à la règle. En effet, nous nous arrêtons cette fois sur une démarche s'inscrivant davantage dans le soutien et l'appui que dans l'action directe.

Avec « Soins verts - Groene zorg », nous allons découvrir comment s'est mis en place et se développe un travail de plaidoyer visant au

financement pérenne des associations actives dans l'agriculture sociale. Peu commune et connue dans notre champ d'activité, l'initiative intrigue mais participe bel et bien, à sa manière, à la transformation du secteur social-santé.

Pour nous parler de ce projet singulier, nous avons rencontré Marc Pittie, son coordinateur général, ainsi que Sylvia Spelmans, sa coordinatrice opérationnelle.



Expliquez-nous comment est né ce projet « Soins verts - Groene zorg » somme toute peu commun ?

Les responsables de la Fondation Terre de Vie de la famille de Hemptinne qui soutient l'association « Nos oignons » (voir plus loin, NDR) depuis des années s'inquiétaient des difficultés récurrentes auxquelles cette dernière était confrontée pour financer ses activités. Malgré la qualité du travail réalisé, elle est en effet chaque année contrainte de se lancer dans une chasse aux subSIDes plus ou moins fructueuse. Ils se sont donc interrogés sur la manière d'assurer un financement pérenne et ont mandaté des conseillers en philanthropie pour réfléchir à une solution. En analysant la situation, il est apparu que le travail réalisé par « Nos oignons » relevait à la fois du social et du thérapeutique et que, dès lors, il était peut-être possible de le faire prendre partiellement en charge par le système de Sécurité sociale.



Parallèlement, il a été constaté que certaines des personnes venant dans les fermes pour les activités d'agriculture sociale se trouvaient en situation de burn-out professionnel. Or, le burn-out, c'est quelque chose qui parle aux politiques vu la croissance exponentielle des cas et son impact sur les soins de santé comme sur l'économie. Nous avons donc décidé d'en faire notre angle d'attaque sur le thème « nous avons quelque chose de neuf à ajouter à la boîte à outils pour prendre ce problème en charge ».

Concrètement, comment avez-vous procédé?

Je l'ai évoqué, notre idée était de faire reconnaître les bienfaits thérapeutiques de l'agriculture sociale afin que ses activités puissent être partiellement financées par la Sécurité sociale. Pour cela, il nous fallait convaincre les politiques. Ce qui demandait deux choses: d'une part, leur faire prendre conscience qu'il y avait là quelque chose d'intéressant à soutenir et, d'autre part, établir une démonstration scientifique de la pertinence de ce que nous proposons. Nous avons monté, avec le soutien de la Fondation Terre de Vie et d'autres qui s'y sont jointes, notamment la Fondation Roi Baudouin, un programme pour atteindre ces objectifs. C'est ainsi que le programme « Soins verts - Groene zorg » a officiellement vu le jour en 2023.

En quoi consiste ce « programme » ?

Dans un premier temps, nous avons commissionné la *Katholieke Universiteit Leuven* et, plus précisément, l'institut HIVA qui travaille sur les questions de motivation au travail, pour la réalisation d'un questionnaire validé scientifiquement à soumettre aux personnes en burn-out impliquées dans des activités d'agriculture sociale. Il s'agissait ensuite de recueillir, dans un délai de deux ans, un certain nombre de ces questionnaires en vue d'objectiver les bienfaits de ces activités pour ce public spécifique. Pour être très clair, nous voulions démontrer que la pratique agricole dans le cadre des soins verts contribue à redonner aux personnes concernées une motivation à l'activité. Car ne nous leurrons pas, c'est cela qui intéresse les politiques. Si on leur dit et leur démontre que cette pratique permet de « se sentir mieux » ou plus heureux, ils répondront que se promener dans les bois, aller à la piscine ou danser avec des copains peut avoir le même effet.

Nous avons par ailleurs saisi l'opportunité des élections de juin 2024 pour marquer le coup politiquement. Nous avons ainsi réussi à nous faire entendre tant au Nord qu'au Sud du pays par un certain nombre de partis qui ont considéré que cela valait la peine de regarder d'un peu plus près ce que nous avancions.

Les questionnaires élaborés par la KUL sont donc au cœur de votre stratégie?

Ils doivent nous permettre de légitimer scientifiquement notre discours. Mais nous menons par ailleurs un certain nombre de démarches proactives.

Nous avons des contacts avancés avec le cabinet Vandenbroucke, en charge de la Santé. Nous nous entretenons aussi avec ceux des ministres Crucke, en charge du développement durable, et Clarinval, pour les questions d'emploi. Sur un autre plan, nous avons convaincu l'INAMI de s'intéresser au projet en participant à des réunions du comité d'experts où il nous guide pour que l'étude puisse être utilisée valablement si ces résultats correspondent à nos attentes.

Où en êtes-vous en termes de participation?

Franchement, les choses sont beaucoup plus compliquées que nous ne l'avions envisagé... Nous avons aujourd'hui une trentaine de personnes inscrites dans la démarche, qui complètent tous les deux mois le questionnaire.

Et votre objectif se situe à...

Nous espérons rassembler une centaine de participants. Même si la KUL nous dit qu'il serait déjà possible de sortir un rapport avec les données actuelles et que les résultats ne changeront guère avec un échantillon plus important, nous voulons que notre démarche soit crédible aux yeux des politiques et nous estimons qu'elle ne peut pas l'être en se fondant sur si peu de cas.

Nous menons actuellement un important travail de sensibilisation auprès des prescripteurs, tant au Nord qu'au Sud du pays, afin de recruter des « patients bénéficiaires » mais nos moyens sont relativement limités. Par ailleurs, le public que nous visons se trouve dans une situation de plus ou moins grande fragilité. Sortir pour s'impliquer dans une activité constitue déjà pour lui un effort important, il n'est pas nécessairement disposé à remplir un questionnaire... Nous sommes néanmoins confiants. Cela prendra plus de temps que prévu mais nous atteindrons notre objectif.



Que peut-on retirer comme premiers enseignements des questionnaires déjà traités?

Il est trop tôt pour rentrer dans le détail mais ils confirment bel et bien l'impact positif des activités d'agriculture sociale sur la motivation au travail des participants.

Peut-on tirer un profil-type des répondants?

70 à 75% des personnes impliquées sont des femmes de 35 à 55 ans, travaillant dans des activités de bureau ou dans les soins de santé. Dans le premier cas, le burn-out résulte souvent d'une interrogation sur le sens de l'activité accomplie alors que dans le second, il est consécutif à une surcharge de travail. Dans les cas de reprise d'une activité professionnelle, celle-ci s'est opérée chez l'employeur initial avec un régime de temps partiel et un accompagnement spécifique.

Quelle échéance vous êtes-vous fixée pour mener à bien cette action?

Au départ, nous étions partis sur trois ans pour finaliser l'étude et diffuser ses résultats. Nous arrivons à la fin de la troisième année et il apparaît évident que cela ne suffira pas. Nous discutons donc pour prolonger le travail pendant un an ou deux. Mais nous n'irons pas au-delà des cinq ans.

Comment votre mission est-elle financée?

Via l'apport des Fondations impliquées. Mais comme vous le voyez, nous sommes une équipe plus que réduite... Sylvia travaille à temps plein et, pour ma part, je facture *a minima* le temps que je consacre au projet. Il s'agit de réussir une percée avec des moyens limités !

Quel résultat visez-vous?

Nous espérons que l'étude de la KUL validera nos hypothèses de départ et nous avons peu de doutes à ce sujet. Le défi est de rassembler un nombre de

participant·es suffisant pour qu'elle soit suffisamment robuste et crédible. C'est vraiment là que tout se joue. Le travail auprès des politiques a été très positif et si nous leur apportons la démonstration scientifique des bienfaits que nous leur avons vantés, ils seront preneurs. Les enjeux autour du burn-out, qui concerne près de 120 000 personnes dans notre pays, sont trop importants pour ne pas saisir toutes les opportunités de le combattre. Et dès lors que le processus aura été lancé avec le burn-out, il sera ensuite possible de discuter de la prise en charge des bienfaits de l'agriculture sociale pour d'autres problématiques : la santé mentale, l'isolement, etc. La boucle sera alors bouclée.

Mais au-delà de la finalisation et de la diffusion de l'étude, les choses ne nous appartiennent plus. C'est le rôle de la philanthropie : consacrer des fonds privés pour démontrer les bienfaits de certaines choses ; ensuite, aux politiques et aux pouvoirs publics de décider s'ils y vont ou pas...



Un secteur hétéroclite

Les appellations « soins verts » et « agriculture sociale » recouvrent des réalités à la fois diverses et contrastées.

Au nord du pays, l'activité s'inscrit dans un cadre parfaitement structuré avec un « Steunpunt groene zorg » accolé au puissant syndicat agricole Boerenbond et de solides soutiens financiers venant de la banque CERA, de la Région flamande, des cinq provinces néerlandophones ou encore de la Politique Agricole Commune. Cette assise permet de proposer des activités dans plusieurs centaines de fermes de tous types (maraîchage mais aussi élevage, horticulture...) à l'exception des grandes cultures céréalier·es, mécanisées à outrance. Face

à cette « machine de guerre », les initiatives développées en Wallonie et à Bruxelles apparaissent artisanales pour ne pas écrire marginales. Elles sont portées par une douzaine d'acteurs que l'association « Nos oignons » tente de fédérer.

Une autre différence majeure réside dans la nature des activités proposées. « Nos oignons » se distingue ainsi par son approche collective (groupe de plusieurs volontaires) et encadrée (présence d'un·e référent·e de l'association sur le terrain) alors que l'immense majorité des projets initiés en Flandre comme en Wallonie relève de la démarche individuelle, impliquant un·e participant·e unique et une ferme accueillante.

La vie aux champs

« *Ne pas faire du faux* » : cette volonté était et reste au cœur des activités de « Nos oignons », association pionnière de l'agriculture sociale en Belgique francophone. Initialement destiné aux usager·ères d'un centre de jour en santé mentale, le projet a progressivement élargi le cercle de ses bénéficiaires sans jamais remettre en cause son principe fondateur.

« *Il ne s'agit pas de faire de l'agrothérapie mais de véritablement contribuer, de manière libre et active, à une production réelle en coopérant avec des personnes dont c'est le métier.* » précise Aurélie Claeys Bouuaert, référente de terrain « Nos oignons » au Courtileke, à Haren, où nous l'avons rencontrée.



Aurélie Claeys Bouuaert

Référente de terrain
« Nos oignons »

Racontez-nous comment ce projet a vu le jour...

Nous sommes en 2012, au Club Antonin Artaud, un centre de jour en santé mentale dont le travail s'ancre profondément dans une volonté et un souci de ne pas « faire du faux ». Le concept d'art-thérapie, par exemple, pose problème car on réfute le principe de faire de l'art pour soigner. On fait de l'art, point. Accessoirement avec des personnes souffrant d'une pathologie mentale ou autre mais cela ne s'inscrit nullement dans une démarche thérapeutique. C'est et doit rester une pratique artistique et rien d'autre.

Les locaux du Club se trouvaient en plein centre de Bruxelles et l'équipe souhaitait offrir aux usagers l'opportunité de sortir de cet environnement urbain, de respirer au grand air, de se (re)connecter à la nature, pas en cultivant quelques bacs en ville mais en contribuant réellement à la production agricole. Samuel Hubaux, qui fondera plus tard

« Nos oignons », travaillait comme référent social chez Antonin Artaud. Il a discuté de cette idée avec un ami maraîcher qui lui a dit « moi, ça m'intéresse. Si vous voulez, je peux vous accueillir. Vous venez une fois par semaine me donner un coup de main... ». C'est ainsi que tout a commencé, avec une dynamique d'entraide où on apporte une force de travail en s'appuyant sur le savoir-faire, l'expérience et les ressources de celles et ceux qui travaillent la terre au quotidien. Tous les jeudis, une camionnette partait du Club pour rejoindre la ferme. Le rendez-vous était connu, chacun et chacune était libre de s'y joindre ou non.

Il s'agissait d'une activité parmi d'autres proposées aux usagers du Club ?

Oui. Participait qui voulait. Aujourd'hui encore, la participation se fait sur base volontaire. C'est indispensable de le dire et le redire, cette chose ne fonctionne que dans un principe de totale liberté d'aller et de venir. « Pouvoir » n'est pas « devoir », sans quoi on est dans de l'exploitation...

Il nous appartient de créer les conditions de ce « pouvoir participer » car de nombreux freins ont été mis en place, précisément pour éviter l'exploitation d'une main d'œuvre bon marché. C'est un enjeu majeur: comment peut-on, dans un espace de liberté, contribuer à une production collective sans s'exploiter les uns les autres...?



C'est à partir de l'expérience du Club Antonin Artaud que le projet a essaimé?

Exactement. « Nos oignons » a été créé et diverses collaborations ont été développées avec des agriculteurs wallons.

Et à Bruxelles...?

Nous recevions des échos de quelques initiateurs de fermes urbaines qui disaient « nous sommes sursollicités par des personnes et des institutions en manque de nature qui souhaitent venir nous aider. Mais c'est comme si on proposait à un boulanger de débarquer dans son atelier pour mettre les mains dans la pâte, c'est ingérable. Oui, il y a du travail mais on ne peut pas être là tous les jours pour accueillir les gens, leur expliquer notre métier, leur attribuer des tâches, contrôler ce qu'ils font... » Il y avait clairement un appel à créer quelque chose qui leur permette de dire « oui » sans s'écrouler sous la masse de travail supplémentaire que cela généreraient.

Dans le même temps, les structures social-santé avaient une demande pour la création de ponts vers des lieux et des activités hors soins spécialisés.

Nous avions par ailleurs connaissance d'études établissant qu'il était quasiment impossible pour des microstructures de maraîchage bruxelloises de s'appuyer sur leur seule force de production. Elles étaient presque structurellement dépendantes d'un soutien bénévole, avaient la nécessité d'être portées par une communauté plus large. Le maraîchage constitue le parent pauvre de l'activité agricole car il exige beaucoup de soins et donc de temps.

Dans ce contexte, nous avons lancé en 2019 une recherche-action participative qui réunissait « Nos

oignons », deux potentiels partenaires agricoles et « La trace », une association active dans l'accompagnement via le sport nature et l'aventure. L'objectif: définir ce qu'il convenait de mettre en place pour que la rencontre agriculteurs – public s'équilibre.

Sur quoi ce travail a-t-il débouché?

Dans un premier temps, nous nous sommes attachés à définir le public auquel nous souhaitions nous adresser. Nous nous sommes accordés sur la définition suivante: «Toute personne qui souhaite mettre les mains dans la terre, respirer au grand air et se faire du bien, avec une priorité donnée aux personnes qui fréquentent un service de santé mentale, d'addiction ou d'aide sociale.» La première partie réfère à ce qui motive la démarche mais si nous en restions-là, nous risquions de tomber dans un piège validiste, laisser croire que pour s'investir et donner un coup de main, il fallait être en grande forme physique, etc. Or, c'était à l'opposé de ce que nous souhaitions faire passer comme message. D'où la précision sur « une priorité donnée aux personnes qui fréquentent un service de santé mentale, d'addiction ou d'aide sociale ». Nous voulions que ce public en souffrance se sente le bienvenu, qu'il sache que nous étions avant tout là pour lui: « à l'endroit où tu es de ta fragilité, de ta vulnérabilité peut-être, tu es prioritaire... »

Un point auquel nous ne nous attendions pas a ensuite émergé, sans doute en raison de l'implication de deux partenaires agricoles dans le processus. Ce point, c'est la rémunération des structures partenaires, des agriculteurs qui accueillent les activités. Dès lors qu'il s'agit d'un rendez-vous négocié et fixé, que le travailleur social doit être présent et est payé pour ça, pourquoi serait-ce différent pour les partenaires agricoles? Eux aussi, leur présence

est requise au jour et à l'heure dits. Ils assurent par ailleurs un accueil, un partage et une transmission de savoirs. Il a donc été décidé de rétribuer l'agriculteur accueillant à hauteur de 330 euros par jour d'activités, soit ce qu'il coûterait à l'association s'il était salarié. C'est une mesure spécifique à Bruxelles qui doit être discutée et harmonisée pour les partenariats wallons.

Comment se compose le groupe de participants, selon quelles modalités...

Je vous renvoie à la définition que j'ai évoquée précédemment: peut venir «toute personne qui souhaite mettre les mains dans la terre, etc.» En réalité, vient qui veut, il n'y a ni sélection, ni inscription. Notre logique est une logique de permanence avec un message implicite: nous sommes là tous les vendredis de 9 heures à 16 heures - 16 heures 30 et vous êtes les bienvenus, que vous soyez en forme ou pas en forme. On vous invite à vous inscrire dans cette journée comme vous le souhaitez, pour quelques heures ou simplement passer dire bonjour, c'est un espace-temps dont vous pouvez disposer comme vous l'entendez. Parfois, on commence la journée à 2 ou 3; parfois on est 15. Cela fait partie du travail de faire avec cette hyper imprévisibilité et d'improviser tout le temps. Et pour l'instant, ça tient !

Les personnes présentes le sont parce qu'elles en ont vraiment envie, pour telle ou telle raison; l'une ne se sent pas bien et a envie de parler, l'autre est en pleine forme et souhaite se dépenser... Quelles que soient leurs motivations, toutes ont choisi d'être là et savent qu'elles peuvent partir à tout moment. C'est pourquoi nous parlons de «volontaires» et non pas de «participants», pour reconnaître la dimension active de cette présence. Volontaire, c'est également leur statut qui assure une couverture en termes d'assurance et permet de bénéficier d'une indemnité de 15 euros parfois loin d'être négligeable.

Peut-on dresser un profil-type de ces volontaires?

C'est très mixte à tous les niveaux: genre, âge, etc. Et extrêmement changeant: parfois les femmes sont surreprésentées et, au rendez-vous suivant, il n'y a quasiment que des hommes...

Certains viennent régulièrement, parfois depuis des années. Pour ceux-là, il s'agit d'un moment très structurant dans leur emploi du temps. C'est notamment le cas des jeunes pensionnés qui ont l'impression de rester dans un cadre de travail.

À l'opposé, il y a des personnes que l'on voit deux-trois fois puis qui disparaissent... Entre ces extrêmes, on a celles et ceux dont la présence fluctue au gré des exigences d'un travail salarié, de l'état de santé, de l'humeur ou encore de la météo. Nous accueillons pas mal de migrants. Le fait que nous nous appuyons sur la pratique agricole touche quelque chose de sensible chez eux; beaucoup peuvent y raccrocher des souvenirs d'enfance. Ils viennent chez nous chercher l'expérience d'un goût, d'une saveur.

Et pour ce qui est de leurs motivations?

Les gens viennent ici avec leur histoire, qu'ils ont envie de partager ou pas. Moi, je ne demande rien mais je dis à quel endroit je suis disponible, à savoir pour de l'écoute mais pas pour de la prise en charge, donc je ne vais jamais venir questionner les parcours des volontaires. Avec ce positionnement, on renonce à beaucoup d'éléments et on se rend moins facilement compte de l'impact de notre travail mais c'est un renoncement actif, à la fois conscient et volontaire. En intégrant le programme «Soins verts», on déroge à cette règle puisqu'on sait pourquoi le ou la volontaire nous a rejoint mais c'est et doit rester une exception. Il y a dans le social-santé suffisamment de structures vouées à la prise en charge qui veulent savoir où se situe la personne, etc.

Donc, pour répondre – ou plutôt ne pas répondre – à la question, je dirai qu'il est impossible de généraliser ce que chacun ou chacune essaie de garder vivant en participant à nos activités.

Comment ces volontaires arrivent-ils jusqu'à vous?

Nous adressons tous les ans un mail de présentation aux institutions du social-santé auxquelles nous proposons toutes les six semaines une journée portes ouvertes pour venir découvrir notre travail.

Ainsi, ils peuvent ensuite orienter leurs usagers vers nous. Pour le reste, il y a le bouche-à-oreille, aussi bien entre les participants qu'entre les structures.

Avec quels moyens financiers fonctionnez-vous?

Nous lançons des perches de tous les côtés... Nous tenons beaucoup au caractère intersectoriel de notre activité et nous sommes souvent mal compris et mal reçus par rapport à cela. Selon d'où on nous regarde, on nous considère comme trop ceci ou pas assez cela...

Nous bénéficions d'aides publiques en Région bruxelloise (financement de la Cocof sur les volets promotion de la santé et affaires sociales et santé) et en Wallonie (via l'AVIQ, l'Agence pour une Vie de Qualité, ainsi que les Services Publics Affaires sociales et Développement durable). Nous avons introduit une demande au niveau de l'agriculture mais sommes en attente d'une réponse. Pour le reste nous avons le soutien de quelques fondations.

Le budget est tendu et cette année nous avons dû réduire les temps de travail... Mais cela fait tout de même 13 ans que nous réussissons à faire ce qui nous tient à cœur et que nous aimons.



Prendre soins de la terre et des humain-es

« Nous mettons en relation des agriculteur·ices et des personnes venant de tous horizons (en priorité celles que la vie a amenées à fréquenter des institutions sociales et de santé). Notre **mission** est de créer du lien et de la solidarité autour de la production agricole, pour prendre soin de la santé des humain·es et non-humain·es, soutenir concrètement l'agriculture paysanne, préserver l'accès à une alimentation de qualité pour tous·tes et œuvrer à une société où chaque personne trouve sa place. »
« Pour guider nos actions, nous nous appuyons sur les repères suivants : relier les enjeux de l'agriculture, de l'alimentation, du social et de la santé, créer des espaces où l'on peut agir, apprendre et décider ensemble. Cultiver la diversité des publics et partenaires agricoles, œuvrer activement à l'inclusion et à la déstigmatisation. »

« L'agriculture sociale est une pratique mais également un **projet de société**. Nos Oignons pratique l'agriculture sociale en créant des espaces-temps suspendus, ouverts à tous·tes, qui permettent une participation collective, libre, défrayée et accompagnée aux pratiques agricoles.

La visée transformatrice est de contribuer à un tissu économique porteur de sens, de soin et de lien social, notamment dans les fermes : socialiser l'agriculture, c'est essayer ensemble de la sortir d'une logique uniquement marchande, l'approcher comme un bien commun. C'est promouvoir une agriculture qui soutient la collectivité et est soutenue par elle. »

Extraits du « Rapport d'activités 2024 »
de Nos oignons.

Boîte à outils

PLATEFORME [FR](#) [NL](#) [EN](#)

Zipster

Par *HealthEndeavour et nsx*

Plateforme numérique d'orientation. Sur base d'un questionnaire psychosocial, le ou la prestataire de soins est en mesure de détecter les besoins de soutien des patient·es et d'initier une orientation vers les acteurs locaux de l'aide sociale adéquats.

Public cible: les professionnel·les.

→ zipster.care

ANNUAIRE [FR](#)

Annuaire des associations

Par *la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)*

Répertoire des associations de patient·es et de proches. Chaque association bénéficie d'une fiche reprenant toutes ses informations pratiques (adresse, téléphone, mail, site internet...) et présentant ses activités. Accessible en ligne et disponible en version papier sur demande.

Public cible: les patient·es et/ou leurs proches.

→ luss.be/associations/

SITE WEB [NL](#)

RESOKIT

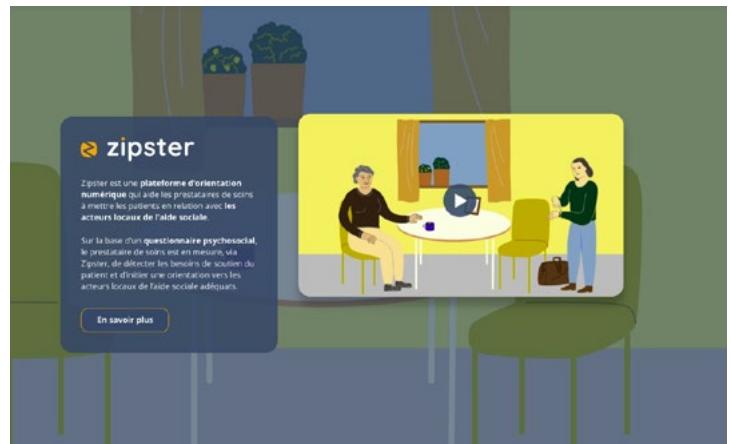
Par *Odisee, de co-Hogeschool*

Méthode de renforcement des réseaux. Ce site contient à la fois des informations théoriques de base et des outils rapidement utilisables qui vous aident à entrer en contact avec des personnes, des organisations et des lieux dans le quartier.

Public cible: les professionnel·les.

→ resokit.be

© zipster.care



GUIDE [FR](#) [NL](#)

Pour le développement d'une politique de données genrées en Région de Bruxelles-Capitale

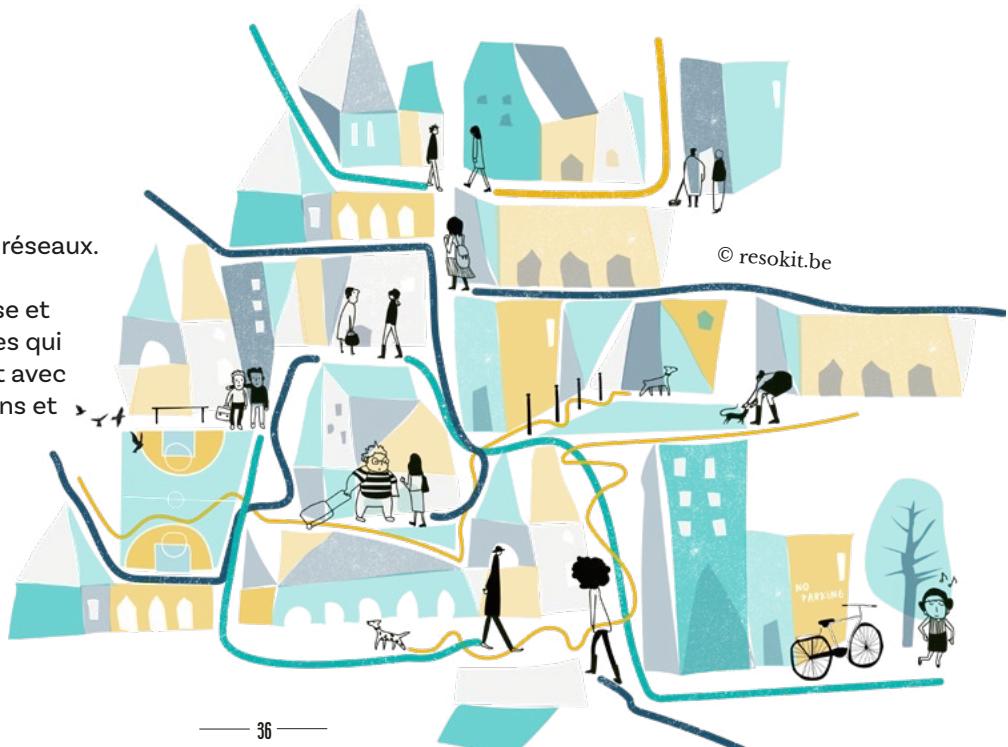
Par *equal.brussels avec l'UCLouvain*

Sans données genrées, les inégalités restent invisibles. Intégrer la dimension de genre dès la conception des études et monitorings permet de développer des politiques publiques réellement égalitaires. Ce guide vous servira de mode d'emploi à chaque étape de vos projets.

Public cible: les professionnel·les en lien avec le recueil de données.

→ equal.brussels/fr/nouveau-le-guide-pour-une-politique-de-donnees-genrees/

© resokit.be



Fontaines à eau et WC gratuits

Par Infirmiers de rue

Ce plan facile d'usage vise à aider les personnes sans-abri à trouver aisément des toilettes publiques gratuites ou une fontaine d'eau potable à Bruxelles afin de pouvoir prendre soin de leur hygiène et de leur santé.

Public cible: les personnes sans-abri et les professionnel·les qui les accompagnent.

→ infirmiersderue.be/fr/telechargez-notre-plan-des-fontaines-deau-potable-et-toilettes-gratuites-de-bruxelles

CARTES + CARNET FR

éCo-Santé

Par Cultures & Santé

Au départ d'une série de cartes, cet outil invite à mettre en évidence les liens entre santé humaine et santé environnementale, ainsi que les actions permettant d'atteindre des co-bénéfices santé-environnement, avec un regard sur les inégalités sociales de santé.

Public cible: Tout public.

→ cultures-sante.be/outils-ressources/eco-sante-un-outil-sur-les-co-benefices-sante-environnement/

PODCAST FR

Nuances : les discriminations en santé

Par Question Santé

Chacun·e est susceptible d'être confronté·e à de multiples préjugés et stéréotypes dans son parcours de soins. Ce podcast donne la parole à celles et ceux qui en ont fait l'expérience... et à celles et ceux qui s'engagent pour changer les choses.

Public cible: Bénéficiaires et professionnel·les.

→ questionsante.org/outils/discriminations-en-sante-de-quoi-on-parle/



© infirmiersderue.be

JEU DE CARTES FR

Prostitution et accès aux droits

Par la Fédération des Services Sociaux

Jeu de cartes visant à stimuler la discussion et la réflexion autour des mécanismes qui entravent l'accès aux droits et aux aides des personnes qui pratiquent la prostitution, et à examiner comment adapter ses pratiques professionnelles pour améliorer l'aide/le service aux personnes.

Public cible: intervenant·es de terrain susceptibles d'interagir avec des personnes ayant une activité prostitutionnelle.

→ www.fdss.be/wp-content/uploads/22-26-CRAC-jeu-selfprint_01HR.pdf

© fdss.be



Zinneke, c'est vous !

Cette revue se veut le reflet d'un projet collectif, participatif et dynamique : la transformation du social-santé bruxellois. Nous comptons sur vous pour la faire vivre !

Vous avez des projets innovants ou des outils originaux à faire connaître ?
Une expérience à partager ?
Des commentaires à formuler ?

Vous avez aimé un peu, beaucoup, passionnément... ou pas du tout ce Zinneke ?
Vous avez des idées pour le faire évoluer ?

Faites-le nous savoir :
zinneke@brusano.brussels



**Ne manquez pas
un numéro !**

Zinneke est gratuit et envoyé à une sélection de structures et de professionnel·les du social-santé bruxellois.

Si vous souhaitez, vous aussi, recevoir la revue chez vous, dès sa sortie, il vous suffit de nous communiquer vos nom, prénom et adresse complète via zinneke@brusano.brussels avec pour objet « Abonnement ».

Vous pouvez par ailleurs nous retrouver en ligne sur

www.brusano.brussels