

printemps-été 2026 • semestriel

05 Zinneke

Le social-santé
en transformation
à Bruxelles

De transformatie
van de welzijns- en
gezondheidssector
in Brussel



Décryptage

**Entre offre
généraliste et
offre spécialisée,
construire des parcours
en social-santé**

Analyse

Travailler et vivre en précarité

Projets inspirants

**Drogues, marmites,
handicap et soins
dentaires**





Mot d'accueil

Inventivité, complémentarité, solidarité

On ne peut évidemment que se réjouir de l'avènement d'un gouvernement bruxellois au terme de 600 et quelques jours de gestation chaotique. Ce déblocage institutionnel si longtemps attendu, espéré, quemandé et *in fine* exigé permet de sortir de l'inertie politique induite par une gestion « en affaires courantes ». Pour notre secteur, cela devrait se traduire par la levée des incertitudes pesant de plus en plus lourdement sur le subventionnement – et, au-delà, l'action – de nombreuses structures. Si cela n'augure pas pour toutes un avenir financé, au moins chacune saura-t-elle désormais à quoi s'en tenir...

Cela dit, ne nous leurrions pas: il serait illusoire de penser que la mise en place de cette nouvelle équipe gouvernementale va résoudre les divers problèmes auxquels les professionnelles du social-santé sont aujourd'hui confronté-es.

Alors que la Région de Bruxelles-Capitale se trouve de facto dans une situation financière plus catastrophique encore que celle de l'État fédéral, les mots d'ordre répétés tels des mantras à tous les niveaux du pouvoir sont « économies » et « réduction des déficits ». Or, l'expérience ne cesse malheureusement de montrer que dans un contexte d'austérité budgétaire, les politiques sociales sont les premières impactées.

On peut dès lors considérer comme acquis que le manque de moyens humains et financiers du secteur perdurera alors même que la demande d'accompagnement ne cesse de croître au sein d'une population en rupture de droits, voire de soins.¹

Soyons clair-es: il ne s'agit pas de se résigner et d'accepter cet état de fait. Il importe tout au contraire de continuer à revendiquer des ressources à la hauteur des besoins et la fin des politiques générant le déclassement et l'exclusion. Mais, dans le même temps, il convient d'être conscient-es de la réalité avec laquelle il faudra continuer à composer.

Plus que jamais, cela va être le temps de l'inventivité, de la complémentarité et de la solidarité. Chacun-e devra questionner et transformer ses pratiques en vue d'apporter la réponse la mieux adaptée aux besoins des bénéficiaires. Puisse Zinneke être une source de réflexion et d'inspiration pour relever ce défi.

Bonne lecture!



Zinneke n° 5
Printemps-été 2026
Publication semestrielle
de Brusano ASBL.

info@brusano.brussels

Ont collaboré à ce numéro

Annick Dermine (Huis voor Gezondheid, BruZEL)
et l'équipe de Brusano, en particulier Anouchka,
Camille, Céline, Clint, Gaétane, Margot, Pablo,
Pierre, Sophie, Valentine, Yoan.

Éditrice responsable

Valentine Musette
Rue Breydel 40,
1040 Bruxelles

Conception graphique et mise en page

Switch asbl

Illustrations

Clothilde Buvat / Tavub (couverture)
Matilde Gony (intérieur)

Photographie

Pierre, Brusano asbl

Impression

Daddy Kate Print

¹ Voir à ce propos l'étude « Travailler et vivre en précarité » que nous évoquons plus loin.

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. 13 Décryptage **Entre offre généraliste et offre spécialisée, construire des parcours en social-santé** **Ça éclaire!** Conditions et enjeux d'une organisation social-santé intégrée.

p. 19 Le terrain en action(s) **Destination solution(s)** **Ça bouge!** Nous sommes parti-es à la rencontre d'acteur-ices du social-santé bruxellois ayant décidé de ne pas attendre pour changer la donne.

p. 42 Témoignages **La Maison Gertrude** **Ça s'exprime!** Quand l'art s'invite chez les seniors.

p. 44 Boîte à outils **Une sélection d'instruments innovants à disposition des professionnel·les** **Ça aide!**

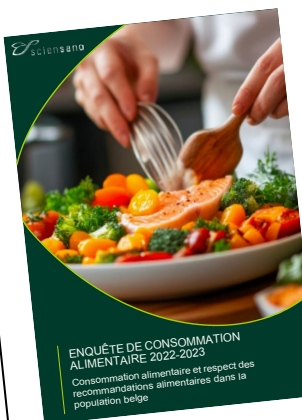


État des lieux

Sous la loupe

N ombre 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.

Les Belges et leur alimentation : doivent mieux faire!



Sciensano a publié en juin 2025 un rapport présentant les résultats d'une enquête sur la consommation alimentaire et le respect des recommandations du Conseil Supérieur de la Santé au sein de la population belge. L'analyse détaillée de ces résultats révèle le gouffre qui sépare toujours l'idéal alimentaire de la réalité.

L'enquête – qui en était à sa troisième édition – fut

menée entre mars 2022 et décembre 2023 dans la population belge âgée de 3 ans et plus. 3 777 personnes – sélectionnées de manière aléatoire dans le Registre national – y ont participé. Elle visait à recueillir des informations détaillées et quantitatives sur la consommation alimentaire, l'apport en nutriments et l'état nutritionnel de la population. Le rapport résume les principaux résultats (analysés

« Le constat dressé est sans appel : la majorité de la population adulte en Belgique ne respecte pas ces recommandations... »

reste trop faible et on peut conjecturer que le coût particulièrement élevé du produit n'est pas sans influence sur ce résultat mais on se dispensera d'ergoter inutilement. Car pour le reste, les

pour l'ensemble de la population ainsi que par âge, sexe, niveau d'instruction et région) et s'attache à les mettre en parallèle avec les recommandations alimentaires définies par le Conseil Supérieur de la Santé. Le constat dressé est sans appel : la majorité de la population adulte en Belgique ne respecte pas ces recommandations... Ainsi, la consommation d'aliments riches en nutriments associés à un effet positif sur la santé et à une mortalité plus faible (les fruits, les légumes, les fruits à coque, les légumineuses, les produits laitiers, le poisson et l'eau) reste insuffisante. A contrario, la consommation d'aliments associés à des effets néfastes sur la santé et à une mortalité plus élevée (la viande rouge transformée et non transformée, les boissons sucrées et les boissons alcoolisées) demeure excessive.

Commençons par LA bonne nouvelle : 54% du panel respecte la recommandation en matière de consommation de viande rouge non transformée (300gr max/semaine). Cette proportion

reste trop faible et on peut conjecturer que le coût particulièrement élevé du produit n'est pas sans influence sur ce résultat mais on se dispensera d'ergoter inutilement. Car pour le reste, les

habitudes mises en évidence s'avèrent bien moins positives. C'est simple: toutes les consommations, sans exception, sont inférieures aux recommandations! C'est le cas pour:

- Les légumineuses:

88 % ne respectent pas la recommandation
(30% n'en mangent jamais)

- Les fruits à coques :

97 % ne respectent pas la recommandation

- Les céréales complètes:

99 % ne respectent pas la recommandation

- Le lait et les produits laitiers:

88 % ne respectent pas la recommandation

- Les poissons et crustacés:

77 % ne respectent pas la recommandation

- La viande rouge transformée :

91% abusent de la viande rouge transformée

- Les boissons alcoolisées :

82 % abusent des boissons alcoolisées

Globalement, les femmes, les personnes ayant un niveau d'instruction élevé et celles résidant en Flandre sont plus enclines à respecter les recommandations alimentaires. Il existe toutefois certaines exceptions: le lait et les produits laitiers qui sont davantage consommés par les hommes ; et l'eau, dont la consommation moyenne est plus élevée en Wallonie.

La consommation excessive d'alcool est aussi répandue en Flandre qu'en Wallonie et, contre-intuitivement, plus fréquente chez les personnes ayant un niveau d'instruction élevé. Il est à noter

que le buveur wallon (156ml/jour en moyenne) surpasse quantitativement son homologue flamand (130ml/jour).

Face à ce tableau relativement sombre, on se réjouira néanmoins de constater que certaines habitudes alimentaires ont évolué dans le bon sens depuis la précédente enquête, menée en 2014-2015. On enregistre en effet une augmentation de la consommation d'eau et de légumes tandis que la consommation de viande rouge transformée, de boissons sucrées et de boissons alcoolisées est en baisse. On reste très loin du compte mais chaque avancée mérite d'être saluée...

Les résultats figurant dans ce rapport soulignent combien les efforts visant à améliorer l'environnement alimentaire dans lequel nous vivons et à promouvoir des habitudes alimentaires favorables à la santé doivent rester une priorité pour les politiques de santé publique. Comme le stipulent les auteur·ices: «Il est essentiel de créer des environnements dans lesquels les choix alimentaires favorables à la santé sont les plus accessibles et les plus évidents. Des stratégies telles que l'amélioration de l'accessibilité des aliments favorables à la santé, la régulation du marketing alimentaire, l'amélioration de l'étiquetage nutritionnel et la promotion d'environnements alimentaires favorables, peuvent encourager de manière significative des habitudes alimentaires plus saines sans s'appuyer uniquement sur un changement de comportement individuel.»

Source : S. Bel, I. Moyersoën, V. Versele, T. Lebacqz, M.S. Vasquez, E. Grimm, S. Vermeiren, E. Van Campenhout, E. le Dieu, L. Boulbayem, K. De Ridder, N. Berger: « Enquête de consommation alimentaire 2022-2023: Consommation alimentaire et respect des recommandations alimentaires dans la population belge » Bruxelles, Belgique: Sciensano; 2024.

Accès:
sur le site de
sciensano.be



L'humain comme boussole dans les services publics



Face aux crises¹ successives (sanitaires, de l'accueil, énergétique) que nous traversons, les services publics jouent un rôle majeur: ils garantissent l'effectivité des droits sociaux et assurent la cohésion sociale. Force est toutefois de constater que leur accès se complexifie sans cesse. Fragmentation des procédures, numérisation, régime de la preuve où il incombe aux personnes de démon-

trer qu'elles ont droit à une aide, surcharge de dossiers suivis par le personnel... : les obstacles structurels à la bonne marche de ces services sont nombreux.

C'est dans ce cadre, et notamment à la suite de l'adoption de l'ordonnance Bruxelles numérique en janvier 2024², que s'inscrit le rapport du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale intitulé «L'humain comme boussole dans les services publics». Fruit d'un large travail collectif, il résume les échanges de treize réunions de concertations organisées en 2024-2025 et ayant fait intervenir plus de 81 organisations de tout le pays.

Structuré en quatre chapitres, le document commence par souligner le rôle essentiel des services publics dans la lutte contre la pauvreté.

Il retrace ensuite, à travers la métaphore de la navigation, le parcours d'un·e usager·ère dans la réalisation d'un droit. Les obstacles et leviers potentiels lors de chacune des phases de ce parcours sont analysés.

En filigrane, une question : comment changer de cap afin de voguer vers des services publics plus humains?

« Une logique de gestion poussée, axée sur l'efficacité et les chiffres, comporte le risque que l'être humain et tout ce qui n'est pas facilement mesurable passent au second plan. »

Le rapport pointe deux évolutions préoccupantes. D'une part, le processus de déresponsabilisation de l'État qui transfère progressivement ses compétences vers les échelons locaux mais aussi vers le tissu associatif et les réseaux informels. Or, ces derniers ne devraient pas avoir à assurer les missions sociales et d'aide aux personnes qui relèvent de l'État. D'autre part, la logique néo-libérale qui infiltre toutes les sphères de la société, une logique de gestion poussée, axée sur l'efficacité et les chiffres. Le secteur associatif n'y échappe pas : multiplication des appels à projets, rapports d'activité toujours plus détaillés, évaluations quantitatives des actions menées... Les services publics suivent la même trajectoire, soumis à une gestion centrée sur l'efficacité mesurable. Dans ce contexte, la responsabilité individuelle est érigée en norme: c'est aux individus qu'il revient de prouver leurs droits, sous peine d'être suspectés·es d'en abuser.

A la suite de ces constats, les organisations participantes formulent cinq principes clés pour changer de cap.

01 Développer une approche pro-active dans la lutte contre le non-recours aux droits. Cela implique d'améliorer la clarté des informations, garantir l'accessibilité physique des services et favoriser l'octroi automatique de certains droits.

02 Instaurer un cadre durable pour les services publics, via un refinancement structurel afin d'assurer des équipes stables et du temps suffisant pour un accompagnement de qualité.

03 Œuvrer à une confiance réciproque entre citoyen·nes et institu-

tions, en cassant la dynamique de méfiance qui existe aujourd'hui, perpétuée par les discours de lutte contre les «profiteurs»³. Cela passe notamment par une consécration du

droit à l'erreur et la mise en place d'un espace bienveillant qui fasse la part belle au contact humain et à l'écoute active.

04 **Digitaliser au service de l'humain**, c'est-à-dire que le temps gagné sur les tâches administratives doit permettre de se consacrer davantage à l'accompagnement des personnes avec des besoins spécifiques. Il s'agit aussi d'éviter le phénomène de *pistachisation* consistant à privilégier les cas simples afin d'augmenter le nombre de dossiers traités.

05 **Remettre l'humain au centre dans les services publics**. Ce dernier principe est essentiel, autant pour les personnes qui sollicitent les services publics que celles qui y travaillent. En effet, dans un contexte de stress au travail et d'épuisement professionnel, remettre l'humain au centre permet de redonner du sens et recréer des échanges qualitatifs. Cela s'avère

1 Ce concept de crise mériterait d'être questionné. Il constitue en effet un élément de langage du discours politique ambiant dans lequel la « crise » justifie l'adoption de mesures restrictives.

2 Lire aussi « Accompagner la numérisation? Non, y faire face. » dans Zinneke #4, automne-hiver 2025

3 Voir à ce sujet le travail du Forum - Pauvrophobie: le-forum.org

aussi crucial pour le collectif car défendre un service public abordable et de qualité, c'est porter un projet démocratique plus large: garantir l'accès aux droits et renforcer la solidarité collective.

Au-delà des constats et des recommandations, ce rapport invite in fine à un déplacement du regard: passer d'un accès aux droits pensé comme un parcours d'obstacles à une responsabilité collective fondée sur la confiance, l'écoute et le lien.

Source: Demonty F., Halfants I., Joseph M., Stroobants V., Vandewiele M., Van Hootegem H. et van Vooren E., « L'humain comme boussole dans les services publics. Contribution au débat et à l'action politiques. », Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, Rapport bisannuel 2024-2025, Bruxelles (2025).

Accès: sur le site luttepauvrete.be



S.O.S., jeunesse en détresse ?

Depuis la pandémie de la COVID-19, un grand nombre d'expert-es aux niveaux belge et international alertent sur une dégradation de la santé mentale des jeunes, enfants et adolescent-es. Ainsi, selon l'Organisation mondiale de la santé, en 2025, un-e jeune de 10 à 19 ans sur sept fait l'expérience d'un problème psychique, particulièrement la dépression, l'anxiété ou un trouble du comportement. L'enjeu est crucial tant on sait que la plupart des problèmes majeurs de santé mentale chez les adultes apparaissent tôt dans le parcours de vie sans, souvent, être détectés à temps ou perçus à leur juste mesure.

Deux travaux relativement récents s'intéressent à la situation chez les jeunes de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB).

Dans « Les chiffres de la santé mentale des enfants et des adolescent-es en Wallonie et à Bruxelles », le Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM) synthétise des données en provenance de diverses études populationnelles.¹

Avant d'observer les problèmes de santé mentale en tant que tels, on s'intéressera aux habitudes de vie et aux comportements qui influencent le bien-être mental. Il apparaît ainsi que seuls 12% des jeunes Belges francophones déclarent

¹ Enquête « Health Behaviour in School-Aged » (HBSC) menée régulièrement par l'École de Santé Publique de l'ULB - pour la dernière fois en 2022 - ; étude réalisée en 2024 par l'Observatoire de l'Enfance, la Jeunesse et l'Aide à la Jeunesse (OEJAJ) auprès des 8 à 18 ans ; etc.



avoir une activité physique suffisante, un taux inférieur à celui de 2010. Autre point d'attention: les heures de sommeil sont globalement insuffisantes et tendent à diminuer au cours de la scolarité. Et encore: les problèmes d'insécurité alimentaire concernent un cinquième des jeunes Bruxellois-es. Faible activité physique, sommeil trop léger, alimentation malsaine: autant d'éléments constitutifs d'un contexte très défavorable à la santé mentale... Pas étonnant dès lors que le rapport mette en exergue des taux élevés de mal-être émotionnel, de stress et de sentiment de solitude qui, tous, tendent à augmenter avec les années de scolarité et qui, tous, semblent affecter plus fortement les filles que les garçons.

On pourrait arguer qu'une part de ce mal-être s'explique naturellement par l'évolution des individus à l'adolescence. Les chiffres

révèlent toutefois un certain nombre de différences frappantes. Pour nombre d'indicateurs, en effet, les moyennes en Flandre sont meilleures que dans la plupart des régions européennes alors que celles de la Belgique francophone se situent sous la moyenne européenne. Ces résultats vont dans le même sens que ceux des enquêtes de santé nationales menées par Sciensano et témoignent d'un écart important entre les deux grandes communautés du pays. Si le rapport du CRéSaM ne fournit pas d'explications détaillées de cette situation, on sait qu'il existe un lien étroit entre l'état de santé mentale des populations et le contexte social et économique des régions qu'elles habitent.

Le rapport pointe par ailleurs le fait que les jeunes francophones connaissent mal les ressources susceptibles de leur apporter une aide et/ou mentionnent une multitude d'obstacles pour y accéder. Les adolescent-es ont souvent une représentation faussée de l'appel à l'aide et de la réponse qu'on pourrait leur donner: sentiments de honte et de crainte, peur du jugement, impression de ne pas être compris-es. Ces jeunes sont en outre confronté-es à des barrières

organisationnelles effectives, tels que les délais pour accéder à certains services, des procédures d'admission et d'autres contraintes procédurales vécues comme décourageantes. Le CRéSaM semble éprouver des difficultés à disposer de chiffres relatifs à l'accès au secteur des soins de santé mentale mais les remboursements de prestations psychologiques mis en place depuis quelques années attestent une augmentation des demandes en provenance des jeunes, tant en Wallonie qu'à Bruxelles, notamment depuis 2022-2023.

« L'enjeu est crucial tant on sait que la plupart des problèmes majeurs de santé mentale chez les adultes apparaissent tôt dans le parcours de vie sans, souvent, être détectés à temps ou perçus à leur juste mesure. »

Un point extrême du mal-être mental des jeunes est le risque suicidaire. De manière globale, entre 2011 et 2021, les taux de suicide ont diminué partout en Europe et donc en Belgique. Le pays affiche cependant des taux significativement plus élevés que ses voisins

proches et diverses études récentes montrent une certaine reprise à la hausse depuis 2022. En examinant les admissions hospitalières consécutives à une tentative de suicide, Solidaris a ainsi constaté au cours de la période 2022-2024 une augmentation légère au sein de la population générale mais importante chez les 13-24 ans. Ce sont les jeunes ayant un statut BIM (donc les plus précarisé-es) qui sont les plus concerné-es. Et, ici encore, c'est en Wallonie et à Bruxelles que ces augmentations sont les plus notables.

Si le rapport du CRéSaM fournit des chiffres, il ne les met guère, voire pas du tout, en perspective. On ne peut donc que formuler des hypothèses quant aux éléments explicatifs de ces constats: l'impact de la crise de la COVID-19, certains usages des médias sociaux, la crise socio-économique, les angoisses d'un monde qui se tend dans un contexte de guerre et de changement climatique... Quoi qu'il en soit, les besoins des jeunes apparaissent aussi réels que conséquents et il importe dès lors que l'ensemble des professionnelles du social et de la santé s'organisent pour y répondre.

Qu'en est-il des plus jeunes?

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a pour sa part rendu en octobre 2025 un avis fort détaillé à propos de la santé mentale des plus jeunes, c'est-à-dire depuis la conception jusqu'à l'âge de 5 ans. Selon les études citées, la prévalence des troubles de santé mentale chez les enfants de 1 à 5 ans est estimée en Belgique à 16%, dont un quart nécessite une aide professionnelle. Il est utile de préciser que ces chiffres n'incluent pas les troubles du neurodéveloppement ou les troubles autistiques.

Les premières années de vie constituent une période où la santé mentale est indissociable des déterminants sociaux (richesse, support social, éducation) et environnementaux, des conditions et modes de vie qui favorisent ou défavorisent un développement sain. Ces éléments sont importants à tout âge mais certains jouent un rôle prépondérant chez les jeunes enfants : l'équilibre ou l'insécurité alimentaire, le soutien social et émotionnel, les comportements de santé de l'entourage et principalement des parents, les traumatismes, en particulier les maltraitances, peuvent avoir un impact profond et durable. Cette période se caractérise également par le fait que les enfants ne disposent pas encore de tous les outils cognitifs pour gérer leurs émotions et sont dès lors totalement dépendants-es des adultes qui les soutiennent, les encadrent et les forment, au premier rang desquels les parents et la famille. Autrement dit, accompagner la santé mentale des jeunes enfants, c'est avant tout agir sur le contexte social et environnemental dans lequel ces enfants se trouvent et soutenir les adultes qui les entourent.

C'est donc une approche de santé publique qui est recommandée. Elle s'appuiera sur la collaboration entre tous-tes les acteur-ices social-santé présent-es sur un espace de vie et s'inscrira dans une logique de promotion de la santé dans sa globalité. Car détecter des environnements à risque est une chose parfois difficile à réaliser. Et cette détection ne sera par ailleurs utile que si l'on agit ensuite pour modifier ledit environnement, que

ce soit sur le plan écologique, socio-économique ou psychologique. C'est donc l'affaire de toute la population et de tous-tes les professionnel·les sur un territoire de vie.

En ce qui concerne les parents, une sensibilisation et un accompagnement doivent pouvoir être activés avant même la conception de l'enfant. Le CSS recommande ainsi la mise en place de « parcours de soins », c'est-à-dire de protocoles d'accompagnement entre professionnel·les social-santé de première ligne, depuis la période prénatale jusqu'à l'âge de la scolarité. Ce parcours peut inclure des acteur-ices plus spécialisés-es lorsque des facteurs de risque spécifiques sont présents. Les réseaux en périnatalité accessibles en Fédération Wallonie-Bruxelles et les Groeipakketten développés par Opgroeien en Flandre sont notamment cités comme exemples de bonne pratique.

De manière très concrète, l'avis du CSS détaille les outils disponibles et efficaces à chaque étape d'intervention (promotion de la santé, prévention générale, dépistage et accompagnement des situations à risque), tant pour les professionnel·les spécialisés-es que pour les généralistes et les intervenant-es de première ligne. Il passe également en revue le rôle et l'action des principaux acteurs institutionnels actifs pour la petite enfance dans les trois régions du pays. La mise en place des eerstelijnszones en Flandre et des bassins d'aide et de soins en Région de Bruxelles-Capitale est ainsi mentionnée comme cadre d'approche pour co-construire des parcours de soins de santé mentale à la petite enfance.

Source : Jaspar, M., Les chiffres de la santé mentale des enfants et des adolescent·es en Wallonie et à Bruxelles, Centre de référence en santé mentale (CRéSaM asbl), 2026.

Accès : sur le site cresam.be



Source : Conseil Supérieur de la Santé, La santé mentale des jeunes enfants (0 - 5 ans), CSS, Bruxelles, 2025. Avis n° 9742.

Accès : sur le site hgr-css.b



Travailler et vivre en précarité, une réalité bruxelloise



L'Observatoire de la Santé et du Social (OBSS), service d'études et d'information de Vivalis, examine régulièrement l'une ou l'autre facette du phénomène de la précarité en Région de Bruxelles-Capitale. Une de ses publications thématiques sortie en 2025 porte ainsi sur la précarité vécue par des personnes disposant d'un emploi. Elle propose une analyse de situations vécues

par ces travailleur·euses dont le type d'emploi et/ou de rémunération ne permet pas d'éviter la précarité ou la pauvreté. L'enquête croise les données disponibles avec des entretiens de personnes concernées, illustrant un éventail de cas hétérogènes et complexes.

Les personnes en situation de précarité malgré un travail se trouvent aussi bien dans des régimes d'emploi classiques que sous des statuts qualifiés d'atypiques : combinaisons diverses de travail temporaire, jobs étudiants, intérim, flexi-jobs, prestations pour une plate-forme, sans oublier des activités – notamment artistiques ou associatives – dont le rythme et les rémunérations sont instables. Il y a également celles et ceux sous statut indépendant ou qui relèvent de l'économie informelle, autrement dit du travail « au noir ».

Sur le plan statistique, on considère que 9,6% de la population de plus de 18 ans à Bruxelles seraient des travailleur·euses pauvres (contre 5% en Wallonie et 3,7% en Flandre). On comprend toutefois aisément qu'un certain nombre de situations sont invisibles pour les indicateurs statistiques. C'est pourquoi l'enquête de l'OBSS a étendu la portée des définitions conventionnelles du « travail » et de la « pauvreté », de sorte à prendre mieux en compte lesdites situations. Trois catégories de travail précaire ont dès lors été identifiées : (1) une partie dite « visible et

formelle » qui apparaît dans les statistiques, (2) une partie dite « floue et hybride », et (3) une partie « invisible » concernant les individus en situation de travail informel et fortement à risque.

01 Les **travailleur·euses pauvres visibles**, dans des statuts reconnus, présentent des risques importants de précarisation en raison de la nature instable de leur emploi : horaires fragmentés, contrats de courte durée avec de faibles volumes d'heures, prestations à la demande ou à horaire décalé... Ces situations tendent à exposer ces personnes à divers risques socio-économiques – rémunérations incertaines ou tardives, instabilité de l'activité, moindre protection sociale, absence de congés... et augmentent le degré de dépendance vis-à-vis d'employeurs qui imposent leurs conditions (concurrence, absence de choix...). On assiste depuis quelques années à une multiplication des régimes officiels d'emploi qui favorisent ces formes de précarité.

02 Les **travailleur·euses en situation floue et hybride** sont souvent dans des statuts mixtes, avec une part de travail formel (déclaré et visible) et des heures ou des tâches informelles et non déclarées. La diversification des statuts ne fait que renforcer la possibilité de situations hybrides. Il existe par exemple des situations où du travail salarié se combine à du travail freelance, intérim, étudiant, etc. Dans d'autres cas, un travail déclaré à temps partiel se combine soit à des allocations sociales, des statuts de maladie ou de handicap, etc., soit, parfois de manière forcée par l'employeur, à du travail « au noir ». Ces situations ne correspondant pas aux régimes standards de droits sociaux et de maladie-invalidité, elles entraînent une perte de ces droits ou freinent le recours à ceux-ci.

03 Les **travailleur·euses en situation invisible**, enfin, sont principalement occupé·es « au noir ». Ce statut d'illégalité formelle facilite l'exploitation à outrance d'une main-d'œuvre qui ne bénéficie que très peu des droits sociaux et n'a guère de portes vers des régimes plus réguliers. L'extrême de ce travail au noir correspond à des situations de traite des êtres humains.

Quel que soit le type de travail précaire, toutes les dimensions de la vie sont touchées. Alors que le travail précaire est souvent une source de dégradation de leur santé, les travailleur·euses vont chercher à éviter le risque d'une incapacité de travail qui pourrait faire s'effondrer une stratégie de survie déjà fragile. Cela génère des phénomènes de non-recours qui affectent toute la famille. La présence (ou l'absence) de soutien de la part des proches et de la communauté joue un rôle déterminant dans la capacité de faire face. Dans le contexte urbain de Bruxelles où le logement – souvent de mauvaise qualité – grève lourdement les ressources, les personnes aidées sur ce plan s'en sortent ainsi le moins mal.

Pour conclure leur enquête, actant que le travail et l'emploi ne constituent pas forcément un levier de lutte contre la pauvreté, les auteur·ices du rapport formulent quelques recommandations.

Un travail « décent » repose avant tout sur des conditions de travail acceptables et une rémunération suffisante et stable. Les personnes en situation de travail hybride combinant divers statuts et sources de revenus devraient pouvoir bénéficier d'une meilleure protection en termes

de droits sociaux et de revenus complémentaires afin de faire face aux facteurs d'instabilité. Dans le monde contemporain, les statuts d'emploi qui permettent plus de flexibilité horaire, d'activités rémunérées à la tâche ou selon des horaires variables se sont multipliés ; il en va de même du travail virtualisé où temps de vie professionnel et privé se mélangent. Les mécanismes protecteurs doivent être adaptés à ces nouvelles formes de travail flexible. En particulier, il n'est plus concevable que l'emploi s'oppose systématiquement à des droits d'allocations diverses ; il serait préférable de considérer des seuils en deçà ou au-delà desquels les protections pourraient être adaptées en prenant en compte les rémunérations, mais aussi les conditions de travail.

« La présence (ou l'absence) de soutien de la part des proches et de la communauté joue un rôle déterminant dans la capacité de faire face »

Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2025), Travailler et vivre en précarité, pauvreté en région bruxelloise. Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2025. Bruxelles : Commission communautaire commune - Vivalis.brussels.

Accès : sur le site vivalis.brussels



Décryptage

Entre offre généraliste et offre spécialisée, construire des parcours en social-santé

Nombre de professionnel·les du social-santé pourraient se reconnaître dans ces mots symptomatiques de ces situations qui débordent, résistent et mettent à l'épreuve nos cadres d'intervention, des situations que l'on qualifie souvent de « complexes ». Mais au fond, qu'exprime-t-on vraiment lorsque l'on parle de complexité ? Et que masque cette expression devenue presque banale ?

Le terme de « situation complexe » est quelque peu trompeur. Il laisse en effet entendre qu'il existerait, en miroir, des situations « simples », des demandes claires, bien définies, ne mobilisant qu'un seul pan de vie et appelant une réponse rapide. Or, toute situation de vie résulte d'un enchevêtrement de facteurs : économiques, résidentiels, linguistiques, culturels... Nos existences sont traversées par ces multiples dimensions qui s'articulent pour produire des réalités singulières. Ces combinaisons se déclinent à l'infini et véhiculent avec elles une diversité tout aussi grande de réponses possibles.

À cette complexité intrinsèque s'ajoute un autre phénomène : la précarisation croissante de certaines réalités de vie dans le contexte bruxellois actuel. Les réformes du droit à l'asile fragilisent de nombreux statuts administratifs ; la pression sur le marché locatif complique l'accès à un logement décent ; les évolutions du droit au chômage fragilisent certains ménages. Sur le terrain, ces évolutions se traduisent par des situations plus instables, plus



urgentes et souvent plus difficiles à accompagner.¹ À Bruxelles, la précarisation croissante ne crée pas la complexité mais l'intensifie, la rend plus aigüe et plus difficile à contenir dans nos cadres d'intervention.

Répondre à la complexité

Ce double constat met en difficulté certains modèles classiques de l'action psycho-médico-sociale. Les approches cloisonnées, qui traitent les problèmes séparément, montrent ici leurs limites. Il devient difficile, voire impossible, de morceler les réponses lorsque les problématiques sont aussi imbriquées. Plus qu'une simple addition, elles se renforcent mutuellement et produisent des situations encore plus difficiles à appréhender. Des situations qui ne rentrent que rarement « dans la bonne case »².

Dans ce contexte, une autre manière de penser l'action social-santé s'impose progressivement, notamment dans les politiques publiques bruxelloises comme celles issues du Plan Social-Santé Intégré.

Cette approche intégrée structure l'offre selon une double logique: d'une part, une offre généraliste, caractérisée par une approche globale centrée sur la personne; d'autre part, une offre spécialisée qui apporte des réponses ciblées à des problématiques spécifiques. L'enjeu n'est pas de juxtaposer ces approches mais bien de les articuler afin de tendre vers une organisation social-santé intégrée. Il s'agit d'une organisation commune des services et acteurs généralistes et spécialisés afin d'assurer une continuité de l'aide, des soins et de l'accompagnement des personnes et permettre à celles-ci de maintenir ou d'atteindre un état complet de bien-être physique, mental et social tout au long de la vie.

Concrètement, cette articulation se construit au quotidien: lorsqu'un-e travailleur-euse du secteur social appelle un service spécialisé pour discuter d'une situation, lorsqu'un-e médecin généraliste oriente vers un-e partenaire de confiance ou encore lorsque plusieurs professionnelles se retrouvent autour d'une même situation pour tenter de coordonner leurs interventions. Elle prend forme à l'échelle des territoires, là où les acteur-ices se rencontrent, se connaissent et apprennent à travailler ensemble. C'est ce que nous avons abordé dans le numéro 2 de Zinneke à travers la notion de responsabilité populationnelle³: l'idée que les professionnelles d'un même territoire ne sont pas seulement responsables de leurs « dossiers » ou des personnes qui s'adressent à eux-elles mais partagent une responsabilité plus large envers les personnes qui vivent sur ce territoire.



« On tourne en rond...
On a l'impression de faire
des morceaux de réponse
sans jamais vraiment
résoudre la situation. »

Dans cette perspective, articuler approche généraliste et spécialisée doit également être envisagé pour renforcer la prévention et le travail communautaire et pas uniquement dans le cadre de soins curatifs et/ou de parcours individuels.

Une approche globale, l'offre généraliste

L'offre généraliste se caractérise par une prise en charge non spécialisée, adressée à l'ensemble de la population et qui répond de manière holistique à une grande majorité des besoins en social-santé. Elle regroupe l'ensemble des acteur-ices du social et de la santé qui, au plus proche des milieux de vie, proposent des réponses globales aux problématiques rencontrées.

Cette offre occupe une place centrale dans l'organisation du système: elle permet de répondre à une majorité des besoins courants et se caractérise par une accessibilité plus importante que l'offre spécialisée.⁴ Cette accessibilité doit toutefois être nuancée. Confrontée à une demande importante et à des ressources limitées, cette offre social-santé généraliste est en difficulté pour assurer pleinement son rôle, notamment vis-à-vis des publics en situation de grande vulnérabilité. Pour ces raisons, comme nous le verrons plus loin, elle doit nécessairement être articulée à une offre spécialisée bas-seuil.

L'offre social-santé généraliste repose sur une vision globale de la santé, ce qui signifie qu'elle prend en

compte l'ensemble des facteurs socio-environnementaux qui influencent l'état de santé: les déterminants sociaux de la santé.

Qualité du logement, niveau de revenus, situation familiale... autant d'éléments indispensables à une compréhension fine des réalités rencontrées. Sans cette lecture élargie, les interventions risquent de passer à côté des effets recherchés. Cette approche présuppose une connaissance fine des situations de vie rencontrées et donc une échelle locale d'intervention: des professionnelles qui connaissent le quartier dans lequel ils et elles évoluent; ses ressources, ses défis mais aussi son offre social-santé plus large afin de réorienter au mieux selon la situation individuelle.⁵ A Bruxelles, ce rôle est notamment endossé par la médecine générale, les pharmacies, les services sociaux ou encore les associations de quartier. Elle remplit également une fonction de prévention et s'appuie sur une approche communautaire qui permet d'agir en amont, en travaillant avec les publics, les groupes, les quartiers, et pas uniquement à partir de situations individuelles déjà dégradées.

Des réponses ciblées, l'offre spécialisée

L'offre spécialisée se concentre, quant à elle, sur des pathologies ou problématiques spécifiques et s'adresse à des sous-groupes de la population. Elle intervient lorsque la situation nécessite une expertise plus approfondie, mobilisant des outils,

1 vivalis.brussels/fr/publication/barometre-social-2025

2 le-forum.org/news/114/7/Les-incasables-le-documentaire-

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

4 belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/equite-et-inegalites-de-sante#:~:text=Un%20manque%20d'%C3%A9quit%C3%A9%20%C3%A9tait,de%20leur%20%C3%A9tat%20de%20sant%C3%A9

5 Voir Zinneke n°3, printemps-été 2025, pp 14-19: « Le quartier, base de la nouvelle organisation du social-santé »



des compétences et des dispositifs particuliers. Sur le terrain, cela concerne par exemple des problématiques de santé mentale, d'assuétudes, de handicap ou encore des situations administratives ou sociales particulières.

Parce qu'elle cible des publics ou des besoins spécifiques, elle s'organise généralement à une échelle territoriale plus large, le bassin d'aide et de soins ou la région, afin de couvrir un nombre suffisant de bénéficiaires et garantir son efficacité. Cette différence d'échelle territoriale par rapport à l'offre généraliste est un des éléments justifiant une articulation entre les deux types d'offre. Car si elle n'est pas articulée à une offre social-santé généraliste, l'offre spécialisée comporte un risque, celui de produire des interventions déconnectées des conditions de vie des personnes ou de générer des ruptures dans les accompagnements. Dans certains cas, cela peut donner l'impression de « tourner en rond » : une personne suivie par un-e généraliste est orientée vers un service spécialisé sans que le-la lien ne soit maintenu puis revient vers le généraliste lorsque la situation se dégrade à nouveau.

Des parcours plutôt que des cases

Parler de « parcours » plutôt que de « cases à cocher » permet de modifier son propre regard sur l'accompagnement. Lorsqu'une personne passe d'un service à un autre, il ne s'agit pas simplement d'une succession d'interventions mais bien des différentes étapes d'un même cheminement. Cette manière de voir implique une exigence de continuité : éviter les ruptures, limiter les réorientations sans suivi, réduire les situations où les personnes doivent répéter leur histoire à chaque étape.

Ces parcours sont faits d'allers-retours entre approches généralistes et spécialisées. Cette réversibilité est essentielle pour éviter un effet tunnel où le recours à un service spécialisé ne permettrait pas de raccrocher les publics, voire couperait les liens avec les acteur-ices de première ligne. Concrètement, cela renvoie à des gestes très quotidiens : reprendre contact avec un service après une orientation, transmettre une information clé pour éviter une rupture, ou

encore coordonner des interventions autour d'une même personne. Des gestes parfois invisibles mais essentiels pour que le parcours tienne dans la durée. Dans cette perspective, le rôle des professionnelles social-santé ne se limite plus à orienter. Il s'agit de faire et être relais. De se reconnaître comme les maillons d'un système social-santé plus large où s'articulent deux approches complémentaires, deux faces d'un même système tenues par une responsabilité partagée.

Si cette vision impacte l'organisation du réseau social-santé, elle influe aussi clairement sur les bénéficiaires. La continuité des parcours leur permet de ne pas être trébuchés d'un service à un autre sans suivi des informations et en étant confrontés à la violence de devoir répéter à chaque fois le même récit, avec l'impression de tout reprendre à zéro. Elle contribue aussi à réduire les inégalités sociales – celles-ci étant plus marquées encore dans l'accès aux soins spécialisés.

C'est ici que la notion de responsabilité populationnelle évoquée précédemment prend tout son sens : les acteur-ices d'un même territoire partagent une responsabilité envers toutes les personnes qui y vivent et pas uniquement celles qui sollicitent spontanément leurs services. Autrement dit, au-delà d'une prise en charge individuelle, l'approche intégrée vise à une amélioration globale de la santé et du bien-être d'une population à l'échelle d'un territoire donné.

Pour autant, cette responsabilité ne s'impose pas d'elle-même. Comme mentionné en introduction, elle se construit via des liens concrets entre professionnelles, à l'échelle d'un territoire. C'est ce qui permet de dépasser une logique d'intervention en silo et de soutenir, dans la pratique, des parcours plus cohérents. En ce sens, l'approche intégrée introduit davantage d'horizontalité et de coordination dans un système encore largement structuré de manière verticale afin de créer des trajectoires d'accompagnement plus poreuses et mieux articulées. Cette nécessité d'articulation entre offre généraliste et offre spécialisée peut être illustrée très concrètement dans certains champs d'intervention.

Dès l'entrée dans le parcours, la question de l'accès au système se pose. Si l'offre généraliste se veut en principe ouverte à toutes et tous, elle exclut encore, explicitement ou non, certaines personnes en raison de critères d'accès ou de cadres de fonctionnement peu adaptés à des réalités de vie très précaires. Confrontés à la problématique de l'accueil de publics vulnérables dans la 1^{re} ligne généraliste, des associations du secteur dit « bas-seuil » ont développé des approches et des compétences spécifiques ainsi que des méthodes d'intervention adaptées à l'accueil de ce public.

Les dispositifs dits « à bas seuil » s'adressent spécifiquement aux publics les plus éloignés des structures classiques (personnes sans-abri, usager-ères de drogues, travailleur-euses du sexe, personnes sans papiers, etc.). Pour les atteindre, ces dispositifs ont développé des compétences et des pratiques spécifiques, comme l'*outreach* qui consiste à aller à la rencontre des personnes dans leurs lieux de vie. L'enjeu n'est toutefois pas de déléguer ces situations au seul secteur bas seuil mais de construire une articulation : reconnaître l'expertise du bas seuil tout en permettant à l'offre généraliste d'abaisser progressivement ses propres seuils d'accès. L'accessibilité relève ainsi d'une responsabilité partagée à l'échelle du secteur social-santé.⁶

Les enjeux liés à la santé mentale traversent tout le social-santé. Sur le terrain, les souffrances psychiques apparaissent rarement d'emblée dans des cadres spécialisés. Elles émergent au détour d'une consultation médicale, d'un accompagnement social, d'un rendez-vous administratif ou encore dans une démarche liée au logement ou à l'emploi. Le secteur généraliste constitue donc très souvent le premier point de contact. Il joue un rôle central dans le repérage, l'écoute et les premières réponses.

Au cours des dernières années, l'expertise de la première ligne s'est renforcée, notamment grâce au déploiement des psychologues de

première ligne et au développement des collaborations entre professionnelles. L'intégration de PPL dans des lieux de pratique (cabinets, associations, services) ou la collaboration avec les équipes mobiles ont permis de réels progrès dans l'accompagnement des personnes. Dans le même temps, les acteur-ices généralistes ne se sentent pas toujours suffisamment soutenu-es pour assumer pleinement ce rôle clé. Des besoins subsistent en matière de formation continue, de concertation et de soutien, tant pour évaluer correctement la gravité des situations que pour savoir comment et à quel moment intervenir.

En parallèle, le réseau spécialiste est saturé. En témoignent, entre autres, les temps d'attente pour un premier rendez-vous avec un-e psychologue et la difficulté de recrutement de psychiatres, notamment dans l'ambulatoire.

Le risque d'une telle situation, est double. Faute de relais disponibles, certaines situations restent « accrochées » au secteur généraliste, au risque d'épuiser les professionnelles et de recevoir des réponses insuffisantes. D'autres feront l'objet d'orientations répétées, sans réelle continuité, car les relais ne sont pas effectifs ou mal coordonnés.

⁶ Pour plus d'informations sur la ligne et fonction 0,5, voir Vignes, M., & Roland, M. (2022, 30 avril). « Ligne et fonction 0,5 dans l'organisation social/santé à Bruxelles : Points de repère » (Analyse #2022-02). Brusano



Tout au long du cours du parcours, des questions relatives à la fin de vie se posent également de manière récurrente. Les soins palliatifs peuvent être abordés tôt dans le parcours, dès le moment où une personne est confrontée à une maladie chronique et incurable; ils ne se limitent donc pas à la dernière phase de la vie. Là encore, elles ne concernent pas uniquement les équipes spécialisées; elles traversent l'ensemble du secteur social-santé. Les soins palliatifs ne peuvent se déployer sans un ancrage dans le quotidien des personnes. Le maintien à domicile (quand il est possible et souhaité), le soutien aux proches, l'accompagnement social ou administratif reposent en grande partie sur des acteurs de proximité. Ce sont souvent eux qui assurent la continuité, bien au-delà des moments d'intervention spécialisée qu'il peut y avoir en raison de situations médicales. Pouvoir aborder ces questions et enjeux, même de manière simple, dans un cadre généraliste, constitue déjà une forme d'accompagnement. Cela suppose toutefois que les professionnel·les concerné·es se sentent légitimes et disposent donc d'espaces pour échanger, se former et s'outiller collectivement.

Tous ces exemples nous démontrent les limites d'une approche strictement sectorielle. L'enjeu est plutôt de permettre une prise en charge partagée: un secteur généraliste qui se sent légitime pour accueillir et accompagner une partie des situations et un secteur spécialisé mobilisable lorsque nécessaire, sans rupture dans le parcours.

Concrètement, cela suppose de renforcer les liens entre acteurs: mieux se connaître, pouvoir échanger facilement autour des situations, construire des repères communs. Ce sont souvent ces liens qui permettent d'éviter les ruptures.

Rendre la collaboration structurelle

Pour répondre au mieux à la complexité des réalités rencontrées ainsi qu'à la précarisation croissante, ce n'est pas uniquement l'offre social-santé qui importe. Si le renforcement de certains dispositifs reste nécessaire, notamment dans des secteurs saturés comme la santé mentale, des marges d'amélioration existent d'ores et déjà dans l'organisation

même du système. Car la qualité de celui-ci ne dépend pas uniquement de la diversité des services disponibles mais aussi de la manière dont ceux-ci s'articulent entre eux. L'articulation entre approches généralistes et spécialisées constitue ainsi une condition essentielle pour assurer la continuité des accompagnements. Mais encore faut-il que cette articulation ne repose pas uniquement sur l'engagement individuel des professionnelles, déjà fortement sollicité·es dans des conditions de travail de plus en plus restrictives. Elle suppose et demande des cadres structurants: espaces de concertation, fonctions de liaison, dynamiques territoriales et reconnaissance du travail en réseau. Elle demande également des outils performants qui se font attendre, en particulier dans le cadre du partage de données (garantir un cadre sécurisé tout en facilitant la communication entre tous les acteurs ayant un lien thérapeutique avec une personne, maillon essentiel dans la collaboration).

Souvent, les limites viennent du cadre et de l'organisation du système, pas des personnes qui le composent. Peut-être convient-il dès lors de changer de perspective et de reconsidérer notre questionnement initial: le problème réside sans doute moins dans la complexité des situations que dans l'organisation de nos réponses qui peine trop souvent à épouser cette complexité.

Céline Graas
Brusano

Le terrain en action(s)

Destination solutions

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



INFO ET CONTACT

TERRITOIRE D'ACTIVITÉ

hubbie.brussels

Région de Bruxelles-Capitale

Youpie, y a Hubbie!

La prise en charge d'une personne atteinte d'un handicap, physique ou mental, constitue une équation à plusieurs éléments: besoins de la personne, attentes de l'entourage, disponibilité des structures...

À Bruxelles, l'asbl flamande Hubbie propose un éventail de services particulièrement large et diversifié permettant de répondre de manière personnalisée à une multitude de situations. Thomas Richards, chargé de projet au sein de l'organisation, nous en dit plus sur ce projet et son fonctionnement.



Thomas Richards
Chargé de projet

Avant toute chose, pouvez-vous expliquer en quelques mots ce qu'est Hubbie?

Hubbie est un fournisseur de services aux personnes en situation de handicap. Nous travaillons autour de trois grands axes: le logement, le travail et les loisirs. Notre spécificité est vraiment la gamme de services que nous mettons à disposition.

Vous existez depuis longtemps?

La structure actuelle a été créée en 2020. Elle est le résultat de la fusion de deux associations, De Lork et

Begeleid Wonen Brussel, qui étaient respectivement spécialisées dans les ateliers d'activité et dans l'hébergement. Elles se sont réunies pour se renforcer mutuellement et élargir leur offre.

Revenons-en à vos trois domaines de services. Que proposez-vous en termes de logement?

Nous disposons de trois immeubles, deux à Saint-Gilles et un à Anderlecht, adaptés pour héberger des personnes en situation de handicap auxquelles nous proposons également un accompagnement adapté à leur niveau d'autonomie. Dans certains cas, la présence d'un éducateur est nécessaire 24 heures sur 24, dans d'autres, les clients – nous préférons ce terme à bénéficiaires – sont quasiment indépendants...

À Saint-Gilles, il s'agit de chambres individuelles avec des espaces communs (cuisine, salon...), un

peu sur le modèle d'une résidence universitaire. À Anderlecht, ce sont de véritables appartements partagés à deux.

Nous avons par ailleurs un service d'assistance destiné aux personnes vivant seules ou chez leurs parents. Une équipe se déplace pour une assistance dite « pratique » – accompagner la personne au magasin, faire une promenade en sa compagnie... – ou une assistance que nous appelons « globale » qui va de l'aide dans les démarches administratives à la recherche d'un prestataire de cours...

Pourquoi préférer le terme de « clients » qui pourrait choquer certains...?

Nous ne fonctionnons pas de la même manière qu'en Communauté française où les organisations sont subsidiées pour rendre certains services. En Flandre, c'est différent : l'organisation ne reçoit plus directement d'argent public. Elle propose des services et c'est l'utilisateur de ce service – son « client », donc – qui la paye pour sa prestation...

Concrètement, chaque personne majeure en situation de handicap passe devant une commission d'évaluation de la *Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap* (VAPH) qui, en fonction de son niveau d'invalidité, va lui attribuer ce que l'on appelle un *persoonsvolgend budget*, un budget individualisé. La personne pourra alors disposer de ce budget comme elle le souhaite pour faire son marché et acheter les soins ou les services qu'elle souhaite auprès d'accompagnateurs individuels, professionnels de la santé et prestataires de soins agréés par la VAPH. Si elle décide de faire appel à Hubbie, chaque service que nous lui rendrons sera ainsi payé via son budget individualisé.

Il existe d'autres formes de financement mais chez Hubbie, l'essentiel des revenus vient de cet échange prestataire-client.

C'est plus clair... Donc, plus vous avez de clients et plus vous rendez de services, plus vous avez de revenus?

C'est globalement ça. Et, à l'inverse, si nous avons trop peu de clients, nous devons réduire notre personnel.



Il faut trouver l'équilibre car ce système peut être dangereux. Un client nécessitant une prise en charge importante dispose en effet d'un budget individuel plus conséquent à dépenser. Une structure pourrait dès lors être tentée d'accepter de le prendre en charge, même si les besoins de la personne sont à la limite, voire au-delà, de ce que cette structure peut lui offrir...

Ces clients viennent-ils spontanément vers vous ou vous sont-ils adressés?

Je dirais que c'est 50/50. Certains nous contactent de leur propre initiative, d'autres nous sont adressés par leur médecin généraliste, le CPAS, la mutuelle...

Deuxième axe, le travail. Là encore, que proposez-vous?

Nous aidons nos clients à trouver un boulot... ou plus exactement un bénévolat car c'est essentiellement de cela qu'il s'agit. Nous les mettons en contact avec l'une ou l'autre organisation avec laquelle nous collaborons et qui est prête à les accueillir. Par exemple, nous avons un client qui passe une fois par semaine chez BRUZZ pour arroser toutes les plantes. Un autre travaille à la bibliothèque Muntpunt où il participe au rangement des étagères.

Par ailleurs, nous ouvrirons bientôt, nous espérons pour l'été, un restaurant à Koekelberg où tant la cuisine que le service seront assurés par des clients et des bénévoles.

Vous travaillez donc avec des bénévoles?

Oui, nous en avons une soixantaine qui collaborent avec 120 employés au service de 450 clients en région bruxelloise. Le profil de ces bénévoles est très varié, il y a aussi bien un groupe venant d'une paroisse que des étudiants dont le cursus impose des activités en immersion avec un public comme le nôtre... Nous essayons d'en attirer de nouveaux en insistant sur l'opportunité que cette expérience constitue pour des personnes désireuses d'améliorer leur pratique du néerlandais. Il y a en effet un échange permanent et non jugeant.

Prévoyez-vous des formations spécifiques pour ces bénévoles?

Nous avons des formations internes récurrentes qui s'adressent aussi bien aux bénévoles qu'à nos travailleurs car ces derniers n'ont pas tous suivi un parcours les préparant à être au service de personnes en situation de handicap. Nous dispensons ainsi des modules consacrés aux personnes souffrant d'un handicap léger, à celles atteintes d'autisme...

On en finit avec les services proposés: le troisième axe, ce sont donc les loisirs...

Effectivement. Nous offrons la possibilité de participer à différentes formes d'ateliers : artistiques, sportifs, cuisine, bricolage... en nous efforçant toujours d'inscrire ces activités dans une démarche inclusive. Il y a une volonté forte de nouer des partenariats avec des structures hors secteur du handicap (écoles, clubs de sport, etc.) afin de favoriser la mixité parmi les participants.



Par exemple, les résidents de notre maison de Saint-Gilles participent chaque mercredi à un atelier danse dans un centre culturel où ils retrouvent les élèves d'une école primaire de la commune. Nous avons mené tout un travail de réflexion, puis de création artistique impliquant des clients, des élèves d'une école secondaire et l'artiste bruxellois de street art Antoine Caramalli autour de la place des personnes en situation de handicap dans l'espace public. Nous collaborons avec d'autres associations afin de préparer la Zinneke Parade où nous défilerons avec une zinode commune ; nous avons réalisé des masques et nous essayons maintenant de créer notre propre chorégraphie...

Nous organisons également des sorties le week-end et des séjours de vacances.

À un tout autre niveau, nous intervenons dans les prisons de Saint-Gilles et d'Haren pour mettre en place des activités à destination des détenus internés, c'est-à-dire sous statut psychiatrique. Là, nous nous attachons à les impliquer au maximum dans le choix des activités qui peuvent être artistiques ou plus pratiques. Ce peut aussi bien être un atelier musical qu'une initiation à l'informatique.

Une dernière chose que vous souhaitez dire...?

Oui, il y a un point sur lequel je voudrais vraiment insister, c'est qu'au-delà des services proposés, il y a un objectif qui est de sortir les personnes avec lesquelles nous travaillons de l'enfermement auquel leur situation semble parfois les condamner.

J'ai commencé mon boulot chez Hubbie en tant qu'éducateur dans un centre d'hébergement et j'ai pu constater à quel point il était important pour les clients d'aller vers l'extérieur, de rencontrer des gens et de ne pas rester focalisés sur leur différence. Historiquement, la Belgique a eu le réflexe d'institutionnaliser les personnes en situation de handicap, c'est-à-dire de les enfermer dans des hôpitaux psychiatriques, des instituts, des centres spécialisés... Je suis convaincu qu'il est au contraire important qu'elles puissent sortir, se confronter au monde et savoir qu'elles y ont leur place.

Ici, c'est Kom à la maison...

Il est 10 heures 30, ce mardi pluvieux de mars, lorsque j'arrive à hauteur du numéro 46 de la rue des Champs à Etterbeek. La buée qui a pris possession des larges vitrines ceinturant le bâtiment en angle m'empêche de distinguer l'intérieur. J'entre donc en territoire inconnu.

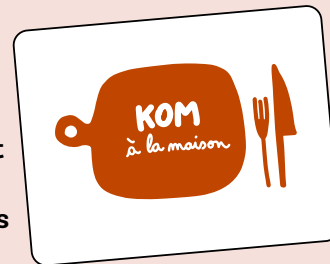
J'ai à peine le temps d'ouvrir la porte à demi que l'agitation des lieux expose la nonchalance songeuse dans laquelle je m'étais enfermé. Ça s'agite, ça s'interpelle, ça bouge en tous sens et cause sans répit. « Attention, chaud devant, chaud!!! » – « Qu'est-ce qu'on a aujourd'hui pour faire une salade? » – « Tu peux m'ouvrir la porte du four, s'il te plaît? » – « Bouge, je n'en peux plus, je vais lâcher le plateau! » – « Et si je faisais deux farces pour les cannellonis, avec et sans tomates? » – « Le potage est bien en route? Quelqu'un peut vérifier? » Ils et elles doivent être une dizaine à occuper l'espace en un ballet improvisé sur une bande-son produite en direct.

Ce matin comme tous les autres, l'équipe de bénévoles de Kom à la maison s'affaire à préparer le repas de midi en compagnie d'Alix, l'animatrice du jour et – accessoirement – l'initiatrice du projet. Les cuistot·es sont arrivés vers 9 heures pour partager un petit-déjeuner puis, ensemble, ont conçu le menu du jour sur base des ingrédients à disposition. Dans moins de deux heures, la plupart se retrouveront autour de la table en compagnie de convives venus des environs pour partager le repas trois services – potage, plat, dessert soit aujourd'hui velouté de chou-fleur, cannellonis aux deux farces et cake – proposé à prix libre. Enfin, de « service » il n'est guère question ici: chacun·e se sert et sert les autres, débarrasse les tables et participe à la vaisselle si son emploi du temps le permet. Car le projet n'est pas seulement solidaire mais également

participatif. Et inclusif. Tout le monde est bienvenu et contribue selon ses moyens et compétences.

Attentif à ne pas gêner la machinerie bien huilée qui s'active devant moi, je me fonde dans le décor pour l'observer à mon aise. La pièce qui compose ce rez-de-chaussée est divisée en deux espaces: d'un côté la cuisine avec deux plans de travail et le matériel de cuisson; de l'autre, la salle à manger avec une demi-douzaine de tables qui seront rassemblées pour constituer deux grandes tablées. Les meubles sentent bon la récup. Posé sur un buffet, un trophée rappelle que le projet a été nommé ambassadeur « Good Food » par Bruxelles Environnement. Un tableau rappelle les règles KOMmunes: « On s'accueille les uns les autres. » – « On vient passer un bon moment et faire des rencontres. » – « On fait ensemble dans un esprit de partage. » – « On s'écoute soi-même et les autres. » – « On respecte nos différences. » – « On peut ne pas être d'accord mais on s'exprime sans blesser les autres. » Un autre, en suspension, explique le principe du prix libre... mais aussi solidaire: « Chacun paie selon ses moyens. Un menu nous coûte 15€. Si tu donnes plus, tu participes au repas d'un·e autre convive. »

Après avoir dégusté le repas du jour en compagnie de Magali, Mohammed, Tobias, Georges et Yves, mis la main à la plonge et réglé équitablement ma note, je me suis posé autour d'une table en compagnie d'Alix Rijckaert, celle que l'on retrouve à la genèse, la concrétisation et l'animation de Kom à la maison.



Alix Rijckaert
Initiatrice du projet

Comment vous est venue l'idée de ce restaurant participatif et solidaire?

J'étais journaliste à l'AFP, en charge de suivre la diplomatie de l'Union européenne et de l'Otan, lorsque ma fille a connu des petits problèmes de santé et a dû être retirée de la crèche pendant six mois. Du jour au lendemain, j'ai arrêté de travailler pour m'occuper d'elle. C'est à ce moment que j'ai lu un article consacré à un projet français baptisé « Les petites cantines »¹ qui faisait exactement ce que l'on fait aujourd'hui à Kom à la maison. Immédiatement, je me suis dit que si ça existait à Bruxelles, j'adorerais y travailler; c'était ce dont je rêvais, cuisiner pour et avec les gens...

J'ai pris contact avec le projet français qui avait mis en place un accompagnement des initiatives inspirées de son concept et c'est comme ça que tout a commencé.

¹ lespetitescantines.org

Mais concrètement, à ce moment-là, vous n'êtes encore nulle part...

En effet. J'ai entrepris une formation en alimentation durable organisée par l'association Rencontre des Continents et j'y ai rencontré de nombreuses personnes motivées par le projet avec lesquelles j'ai décidé d'organiser une réunion d'information.

Pour moi, il était clair dès le départ que ce ne pouvait être qu'un projet collectif, au service du collectif et porté collectivement. À la suite de cette réunion d'information, un groupe porteur s'est constitué et nous avons dès lors avancé ensemble. Toutes les grandes décisions se sont ainsi prises en commun: le choix du local, la signature du bail, etc. De même, l'aménagement du restaurant – hormis les travaux lourds pour se mettre en conformité avec les règles de sécurité – a été réalisé via des chantiers participatifs.

Pourquoi vous être installé ici? C'est un choix ou vous avez profité d'une opportunité?

J'habite Etterbeek et il me semblait évident de faire les choses dans un environnement que je connaissais bien. La réunion d'information a eu lieu à Etterbeek, la majorité des membres du groupe porteur habitent ou ont habité Etterbeek, donc il y a une logique, sinon un choix ou une volonté consciente, dans tout ça.



L'installation dans les environs de La Chasse, quant à elle, ne doit rien au hasard. C'est au contraire un choix mûrement réfléchi et assumé. Il s'agit d'un des rares quartiers du Sud-Est de Bruxelles qui soit prioritaire au sens de la politique de la ville ; il y a du passage et une vraie mixité en raison de la présence de logements sociaux. C'est le cadre que nous recherchions pour notre projet.

Revenons-en au sens et aux objectifs de ce projet. Comment définiriez-vous le concept de Kom à la maison ?

Il s'agit d'un restaurant participatif, ce qui signifie que des habitants du quartier sont au fourneau et partagent le repas avec d'autres habitants. En réalité, on utilise la cuisine pour amener les gens à se rencontrer, à sortir de l'isolement, tout en ayant accès à une alimentation de qualité, saine et durable.

Vous évoquez les habitants du quartier, sont-ils réceptifs à votre démarche ? Est-ce par ailleurs une condition *sine qua non* pour rejoindre la dynamique ?

Il y a beaucoup d'habitants qui nous soutiennent mais tous n'ont pas la possibilité de participer en tant que cuisiniers... Beaucoup travaillent et ne sont pas disponibles mais certains nous rejoignent en tant que convives pour le repas. D'autres viennent en famille le dimanche, jour où nous sommes toujours complets et le seul de la semaine où nous réalisons nos objectifs en termes de prix libre. Il y a aussi les jeudis soirs où nous proposons diverses activités: quiz musicaux, bingo...

En fait, quand nous parlons d'habitants, il faut entendre toutes les personnes qui font la vie du quartier. Nous avons ainsi des partenariats avec des écoles dont certains élèves viennent partager notre repas, un centre Fedasil qui nous envoie les mineurs non accompagnés qu'il héberge, des centres de jour dont nous accueillons certains participants, etc.



C'est un lieu qui vit, qui se renouvelle chaque jour et c'est ce qui fait sa richesse. Nous ne sommes pas fermés sur un profil de participants, nous voulons favoriser la diversité, la mixité, l'inclusivité.

Comment se sont noués vos partenariats ? Vous avez eu une démarche proactive ?

Je l'ai déjà évoqué, un de nos objectifs, c'est de favoriser la cohésion sociale, le vivre ensemble. Nous avons donc effectivement noué des contacts avec des organismes susceptibles de nous amener des personnes en situation d'isolement. C'est le cas des MENA de Fedasil. C'est aussi le cas avec des bénéficiaires du CPAS d'Etterbeek qui est un partenaire avec lequel nous avons différents types de collaborations. Par exemple, une travailleuse sociale, Nathalie, vient régulièrement tenir une permanence volante, discuter avec les participants dans le cadre de la lutte contre le non-recours aux droits. Autre exemple: nous récupérons tous les matins les pains et les couques invendus de la grande surface d'en face pour nos petits-déjeuners. Tout ce que nous ne consommons pas – et c'est beaucoup – est systématiquement donné à l'épicerie sociale du CPAS.

Donc, certains partenariats – Fedasil, CPAS mais aussi des écoles, la cohésion sociale de la commune, la concertation des associations locales, des maisons médicales... – sont le fruit d'une démarche de notre

« On utilise la cuisine pour amener les gens à se rencontrer, à sortir de l'isolement, tout en ayant accès à une alimentation de qualité, saine et durable. »

part alors que d'autres relèvent du hasard. C'est notamment le cas pour les participants souffrant d'un handicap mental. Une travailleuse d'un centre de jour a découvert notre existence et a décidé d'amener certains de ses bénéficiaires. Le bouche-à-oreille a ensuite joué son rôle et le cercle des structures intéressées s'est élargi dans tous les sens du terme: elles sont plus nombreuses et sortent du proche voisinage. Aujourd'hui, nous avons même des participants envoyés par Fond-Roy, à Uccle...

L'alimentation est au cœur du projet. Fonctionnez-vous, comme d'autres, sur base de la récupération d'invendus ?

Non. Ou très à la marge: nous achetons 95% de ce que l'on cuisine. L'essentiel de notre approvisionnement vient d'un maraîcher bio qui nous fournit également poires, pommes et œufs. Les lentilles, riz, pâtes, lait..., toujours bio, viennent de chez Cabas, une coopérative de producteurs installée à Ixelles. Il n'y a que le beurre et le sucre que nous achetons en grande surface et non bio car c'est vraiment hors de prix.

Le problème avec les invendus, c'est que c'est complètement aléatoire. Un jour, tu as 200 kg et le lendemain 10... Tu ne peux pas faire tourner un restaurant avec 10 kg. Par ailleurs, il n'y a jamais d'oignons, de

pommes de terre, de carottes... Ce sont toujours des produits qui s'abîment très vite: des champignons, des brocolis, etc. Qu'est-ce que tu veux faire avec dix caisses de brocolis? Un exercice trois services, entrée, plat, dessert autour du produit?

Nous avons à cœur de proposer une alimentation saine, durable et de qualité. Il ne s'agit pas seulement de confectionner un repas mais de sensibiliser: les participants élaborent les menus, cuisinent des choses qui leur plaisent, ce qui démontre que cette alimentation est accessible à tous.

Pensez-vous que ce message puisse percoler dans un public précaire ?

La sociologue Bénédicte Boni a théorisé le concept de « violence alimentaire ». Elle démontre comment les systèmes d'aide alimentaire enferment leurs bénéficiaires dans une attitude passive. Tu arrives en état de demandeur et on va te donner ce que la société de consommation n'a pas voulu, ses rebuts. Ta démarche n'est déjà pas évidente et on te confronte à une société d'abondance qui t'ouvre ses poubelles... On est vraiment dans l'image du Bon Samaritain qui aide le pauvre hère. Quel impact cela a-t-il sur l'image de soi des bénéficiaires? Nous voulons vraiment casser cette dynamique. Chez nous, la nourriture est là pour relier les gens et



personne n'est passif. En cuisinant, tu t'appropries ce que tu vas manger et tu paies ton repas. Tu n'es pas dans une dimension victimaire.

Le prix libre est vraiment symbolique, pour rappeler qu'il y a un coût mais 10% de nos repas sont vendus à 1 euro, 60% à 10 euros... L'important est la dynamique que nous mettons en œuvre.

Le « prix libre » ne vous permet manifestement pas d'atteindre l'équilibre économique. Comment dès lors fonctionnez-vous ?

Nous avons démarré en bénéficiant de quelques aides (crowdfunding, mécénat, Open Soon, ASBL en transition, Cocof...) et en investissant nos économies personnelles, ce qui nous a permis de rénover totalement le local qui n'était pas aux normes. C'était la période de confinement due à la COVID, l'HORECA était fermé et nous avons fonctionné avec des plats à emporter ; nous écoulions alors entre 30 et 40 portions par jour alors que nous sommes aujourd'hui à 20-25. Par ailleurs, nous avons travaillé pendant deux ans sans percevoir le moindre salaire. Depuis 2022, nous sommes trois animatrices rémunérées



au minimum légal, niveau 0 et 0 année d'ancienneté, pour l'équivalent de 2,4 temps pleins. Ajoutons que nous sommes les as de la débrouille et des bons plans pour trouver le mobilier, la vaisselle et même les équipements. Tout cela nous a permis de nous constituer un petit coussin financier.

Mais il est clair que, dès le départ, notre business plan était trop optimiste... et nous le savions. Anticiper le niveau de fréquentation d'un établissement n'est déjà pas facile mais que dire de l'estimation de ce que le prix libre rapportera ! Nous avons en outre volontairement minoré la dimension sociale du projet afin de ne pas effrayer nos potentiels soutiens et les chiffres étaient donc quelque peu gonflés.

Très concrètement, si on intègre les ingrédients, le loyer, les charges et les salaires, un repas nous revient à environ 15 euros et 80% des convives payent moins... Inutile de dire que nous sommes loin de l'équilibre. Notre modèle économique se base donc aujourd'hui sur 50% de revenus propres et 50% de financements extérieurs, subsides ou dons. Nous sommes en permanence à la recherche de ces financements et c'est loin d'être simple car notre activité ne rentre pas vraiment dans les cases... Sans compter que l'absence de gouvernement nous a longtemps privés d'interlocuteur.

J'ai découvert récemment, par le plus grand des hasards, qu'il existait des subsides pour les asbl et organisations qui intègrent des personnes handicapées dans leur fonctionnement sans bénéficier de financements structurels pour le faire. C'est typiquement notre cas, nous sommes en contact avec plein d'acteurs du handicap et personne ne nous avait jamais informés de cette possibilité...

2 Sciensano a effectivement publié en juin 2025 un rapport présentant « Les résultats de l'enquête nationale de consommation alimentaire 2022-2023 » sciensano.be/fr/resultats-de-lenquete-nationale-de-consommation-alimentaire-2022-2023

Les recommandations évoquées par Alix Rijckaert sont cependant tirées des « Recommandations alimentaires pour la population belge (2025) » publiées au même moment par le Conseil Supérieur de la Santé hgr-css.be/fr/avis/9805-9807/recommandations-alimentaires-pour-la-population-belge-2025

Vous êtes confiante pour l'avenir du projet ?

Évidemment ! Et je le suis d'autant plus que Sciensano a publié en juin dernier une étude incroyable sur les habitudes alimentaires des Belges qui plaide en faveur de tout ce que nous nous efforçons de faire². Dans un chapitre consacré à l'alimentation comme fait social, parmi les recommandations, il est écrit noir sur blanc que les pouvoirs publics doivent soutenir les initiatives visant à amener les gens à cuisiner et manger ensemble ! Cela est considéré comme le seul moyen de vraiment changer les habitudes alimentaires, en partant des individus et de leurs envies plutôt que de s'enfermer dans des prescriptions très verticales qui ne fonctionnent pas. Ce modèle où les gens mangent sainement en se régalant de ce qu'ils ont eux-mêmes préparé, c'est toute la définition de *Kom à la maison* !



Le capital (culinaire)

Dans ses « Recommandations alimentaires pour la population belge (2025) » évoquées par Alix Rijckaert lors de notre rencontre, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) note que « Outre le temps et l'argent, les habitudes alimentaires sont façonnées par le « capital culinaire », une extension du « capital culturel » de Bourdieu³. Le capital culinaire reflète la manière dont les compétences culinaires, les goûts, l'accès aux ressources et les connaissances en matière d'alimentation sont liés à la classe sociale et à l'identité. Il existe sous trois formes : incarné (par ex. compétences, goûts), objectivé (par ex. accès à l'équipement et à des ingrédients de qualité) et institutionnel (par ex. cours de cuisine, établissements de restauration sains). Ces différences dans le capital culinaire renforcent les inégalités, en rendant l'alimentation saine plus difficile pour les personnes disposant de moins de ressources. » (...)

Le CSS estime que « en proposant des expériences culinaires inclusives et partagées, les individus et les institutions peuvent renforcer les liens sociaux et le sentiment d'appartenance à une communauté, tout en renforçant le capital culinaire ».

C'est ce à quoi participe *Kom à la maison* au même titre que d'autres initiatives ayant toutes leur singularité mais s'inscrivant dans la même démarche qui conjugue solidarité et alimentation saine : *La MarmMeet* à Schaerbeek, *Les Uns et les Autres* et *Cassonade* à Molenbeek, *Ma Broek* à Anderlecht, etc.

3 NDR : Pierre Bourdieu est un sociologue français ayant développé une théorie selon laquelle coexistent, à côté du capital économique, un capital culturel (niveau de diplôme, connaissances en Histoire, arts, etc.), un capital social (relations personnelles, réseaux, etc.) et symbolique (importance et influence reconnues à l'individu en fonction des trois autres capitaux) qui déterminent la capacité d'action, la possibilité d'atteindre des objectifs de chacun.e.

Mal de dent soigné dehors

« Les sans-dents ». Qu'elle soit tristement réelle ou inventée pour lui nuire, l'expression prêtée à François Hollande – président normal d'une France paupérisée – pour qualifier les plus démunies de ses concitoyen·nes présente l'incontestable avantage d'être aisément compréhensible. La dentition constitue en effet une des premières victimes et un des principaux marqueurs de la précarité et de la rupture du parcours de soins... Les canines les plus acérées et les incisives les plus affûtées ne résistent pas longtemps à une alimentation délétère, une hygiène négligée et une absence de soins. Alors oui, que ce soit aux confins de la ruralité ou au cœur de la cité, beaucoup de celles et ceux condamnés à vivre dans les marges de plus en plus larges de la société deviennent et restent des « sans-dents ».

Les professionnel·les au contact des précarisé·es des villes et des champs connaissent l'étendue du problème et l'importance des besoins. Binta Liebmann Diallo, active au sein de Douche Flux, imagina ainsi, en 2021, un concept très librement inspiré de la célèbre formule de Lagardère : « Si tu ne viens pas aux soins dentaires, les soins dentaires viendront à toi ! » Le concept : un cabinet itinérant se rendant au plus près des bénéficiaires pour que des praticien·nes bénévoles les prennent en charge gratuitement.

Avec l'aide de Michaël Gabai, un dentiste déjà investi dans des missions humanitaires au Togo, des expériences in situ furent organisées à l'intention du public de Douche Flux. Pour l'occasion, l'asbl Dental Mobilis mit à disposition sa camionnette spécialement aménagée en vue d'aller à la rencontre des personnes âgées, plus très aptes ni enclines à se déplacer pour faire contrôler leurs canines, molaires et incisives.

Sans surprise, les tests confirmèrent l'ampleur des manques observés et les bienfaits de la réponse proposée. Une asbl fut dès lors créée afin de concrétiser le projet. On y retrouvait les initiateurs du projet, Douche Flux, Dental Mobilis, Médecins du Monde, Cultures&Santé, le CPAS de Saint-Gilles, etc. Dental Flux était officiellement né. Mais tout restait à construire.

Un important travail de réflexion et de concertation fut entrepris. Il s'agissait notamment de consulter le terrain, organisations actives comme bénéficiaires, afin d'identifier le plus précisément possible leur demande et d'y apporter la réponse la plus adaptée. Les missions furent ainsi clarifiées et les moyens nécessaires pour les mener à bien précisés. Une fois le dossier ficelé, il n'y avait plus qu'à...

Le ministre bruxellois en charge de la santé adouba le projet et lui alloua un subside à partir d'octobre 2023. Dental Flux était alors vraiment sur ses roues ! Enfin, presque. Car le véhicule restait à construire et aménager. Il fallait également trouver le matériel dentaire nécessaire à l'activité...

Nous avons évoqué la suite de l'aventure avec Sarah Florent, actuelle coordinatrice de Dental Flux.



Sarah Florent
Coordinatrice de Dental Flux

Depuis quand le projet est-il véritablement opérationnel ?

Le camion a été inauguré en mars 2025. Il a ensuite fallu trouver le bon mode de fonctionnement en interne, avec notamment plusieurs coordinatrices qui se sont succédé avant mon arrivée en juillet 2025.

Les consultations au rythme actuel de trois jours par semaine ont commencé en septembre 2025. On est donc encore un peu dans les prémices mais les choses sont déjà bien en place avec de premiers enseignements à retirer.

Où ont lieu les consultations ?

Le lundi, nous sommes au Resto du Cœur de Saint-Gilles, le mardi à l'Aire de Rien, le centre de jour des Petits Riens situé à Forest et le vendredi chez Douche Flux, à Anderlecht. Nos dentistes solidaires sont chaque fois présents de 9 heures jusque 15 heures.

Nous assurons également une permanence un vendredi par mois au sein de la coupole associative qui réunit plusieurs structures mobiles à la Gare du Midi. On se retrouve là avec Bulle qui met des machines à laver le linge à disposition, Rolling Douche qui propose des douches, le service de prévention d'Anderlecht qui travaille sur la réduction des risques pour les usagers de drogues... Il y a également un food-truck solidaire.

Comment s'est opéré le choix des implantations ?

Un travail d'identification des lieux a été effectué en fonction des besoins.



Douche Flux, c'était quelque chose de très naturel au regard du public concerné et des résultats des tests qui y ont été menés à la naissance du projet. Pour les deux autres emplacements, les CPAS de Saint-Gilles et de Forest nous ont aidés à faire les choix et collaborent par ailleurs pleinement à la démarche, par exemple en accordant une carte médicale journalière aux personnes qui nous consultent sans bénéficier de la moindre couverture.

Je dois dire que nous sommes très sollicités. Le SAMU Social, Dune, Transit... mais aussi des squats et même des prisons nous contactent pour collaborer avec nous mais nous n'avons pas les moyens pour le faire. Quand c'est possible, je mets ces demandes en lien avec les organisations gérant les trois implantations actuelles pour essayer d'y décrocher des rendez-vous...

Un quatrième jour de consultation pourrait être envisagé – nous travaillons d'ailleurs actuellement avec plusieurs CPAS pour voir où nous serions le plus utiles – mais il sera impossible d'aller au-delà car nous avons impérativement besoin d'un jour pour réaliser l'inventaire médical et administratif. Nous sommes par ailleurs à flux tendu, tant au niveau humain que matériel.

Sur quel mode fonctionnez-vous? Par rendez-vous? Avec des plages en accès libre?

En principe, les consultations ont lieu uniquement sur rendez-vous, chaque structure accueillante gérant son planning. En pratique, les choses sont quelque peu différentes car nous travaillons avec un public particulier, un public de rue qui a souvent des difficultés avec la temporalité.

On a constaté qu'environ 50% des inscrits pour une consultation se présentaient effectivement au jour et à l'heure dits. Dès lors, même si le planning est plein, on invite la personne à se présenter malgré tout pour profiter des places libérées par les absents... Nous soignons ainsi entre 8 et 12 personnes par consultation.

Disposez-vous d'un profil des personnes qui consultent?

Ce sont très majoritairement des hommes, à hauteur de 90% environ. 60% ne disposent d'aucune couverture pour accéder aux soins. Ou ils sont dans le délai de trente jours d'enquête sociale faisant suite à leur demande de carte médicale au CPAS, ou ils vivent dans l'ignorance totale de leurs droits, sans carte médicale ou mutuelle. Nous nous efforçons alors d'être une première porte ouvrant sur l'activation de leurs droits...

Au niveau de l'âge, c'est très diversifié puisqu'on va de 6 ans pour le patient le plus jeune jusqu'à 78 pour le plus âgé. Mais la catégorie qui émerge est sans conteste les 30 – 50 ans.

Pour le reste, il est difficile de dire beaucoup plus car nous travaillons avec un seuil d'accès très bas; nous ne recueillons donc pas d'informations

« Nous travaillons avec un seuil d'accès très bas; nous ne recueillons donc pas d'informations personnelles, un prénom suffit pour s'inscrire. »

personnelles, un prénom suffit pour s'inscrire. Il s'est toutefois confirmé au fil des mois que les personnes qui viennent nous voir vivent essentiellement dans des centres d'urgence comme le SAMU social ou dans des hébergements de

nuit. Nous avons des partenariats avec des centres d'accueil pour MENA (mineurs étrangers non accompagnés, NDR) qui nous amènent pas mal de jeunes entre 16 et 19 ans. Enfin, nous avons constaté la présence d'un nombre significatif de personnes issues de la communauté Rom.

Et au niveau des soins donnés, quelles sont les tendances?

Il faut commencer par préciser qu'il y a des choses que nous ne faisons pas, notamment tout ce qui est orthodontie et prothèses. Nous sommes dans un espace trop restreint pour pouvoir travailler efficacement sur ces problématiques. Par ailleurs, ce sont des interventions très chronophages.

Nous concentrons nos efforts sur toutes les interventions de base. Les plus fréquentes sont les détartrages. Viennent ensuite les extractions puis les obturations, les plombages. Il y a aussi quelques dévitalisations.



Pour tout ce que nous ne prenons pas en charge, nous renvoyons vers les urgences dentaires de Saint-Pierre.

S'agit-il le plus souvent d'une visite unique ou un suivi s'instaure-t-il?

Il n'y a pas de règle établie. Sinon que, quand le dentiste commence un soin, il essaye de le terminer afin de ne pas laisser dans la nature des personnes ayant besoin d'un suivi particulier. Nous mettons à disposition les produits nécessaires à l'hygiène bucco-dentaire mais sans garantie qu'ils soient effectivement utilisés...

Il y a des personnes dont la dentition est dans un tel état qu'elle demande plusieurs interventions, en allant de la plus urgente à la plus bénigne. Nous proposons alors de revenir plusieurs fois... en espérant que les rendez-vous fixés ne soient pas oubliés.

Ces soins sont gratuits?

Le principe, c'est que les gens viennent ici sans se soucier du coût. Donc, pour eux, c'est gratuit.

Après, c'est à moi de voir si tel, tel, telle... a une carte médicale ouverte ou non et, le cas échéant, de faire la facturation. C'est un véritable travail de recherche particulièrement fastidieux parce qu'il y a dix-neuf communes qui travaillent de dix-neuf manières différentes... Parfois, la carte médicale va suffire, parfois pas, il faut également un réquisitoire. C'est-à-dire que la personne doit aller voir le dentiste, lui demander un devis pour l'intervention envisagée, puis aller au CPAS demander un réquisitoire sur base de ce devis et revenir chez le dentiste avec ledit réquisitoire pour se faire soigner. Inutile de préciser que ce système ne marche pas du tout dès lors qu'il concerne des personnes en décrochage total par rapport à leurs droits. C'est pourquoi nous avons fait le choix de d'abord soigner et, ensuite, aller réclamer des sous. Évidemment, nous sommes régulièrement hors cadre. Environ 30% des prestations réalisées sont finalement facturables.

Comment, dans ce contexte, vous en sortez-vous financièrement?

Nous avons un subside qui nous a été alloué en octobre 2023 pour une durée d'un an et pour lequel

nous avons bénéficié d'un report de six mois. Nous avons donc pu fonctionner sur ces fonds jusqu'en juin 2025. Depuis lors, nous sommes sur fonds propres.

Nous nous efforçons de réduire nos coûts au maximum. Nous travaillons ainsi avec une équipe particulièrement réduite : j'assure la coordination générale c'est-à-dire l'administratif, la comptabilité et la facturation, les RH, la gestion des plannings, la com, les réseaux tandis que ma collègue Natacha, assistante-dentaire, intervient en appui dans la camionnette et gère les stocks. Nous nous déplaçons également de temps à autre dans les écoles d'hygiénistes bucco-dentaires et d'assistants-dentaires pour sensibiliser les futurs professionnels aux enjeux de l'accès aux soins. Nous semons des graines pour combattre les préjugés qui entourent encore trop souvent la précarité.

Quelle est l'origine de vos fonds propres ?

Il y a le solde d'un crowdfunding organisé par Douche Flux pour la camionnette, un mécénat de la Loterie Nationale, des dons divers et les fonds épargnés lors de l'aménagement de la camionnette grâce au matériel médical offert par des sponsors.

Ces ressources devraient nous permettre de tenir jusqu'à la fin de l'année mais si nous n'avons pas de subsides pour 2027, à mon avis, ce sera fini...

Vous travaillez avec des dentistes mettant gratuitement leur savoir-faire au service de l'association... Combien sont-ils aujourd'hui au sein de l'équipe ?

Nous avons un pool d'une soixantaine de praticiens solidaires dont une dizaine venant régulièrement. Le noyau dur a été constitué par Michaël Gabai à partir des confrères avec lesquels il faisait déjà du bénévolat humanitaire au Togo. La fibre sociale était là et il leur a dit, « pas besoin de libérer deux semaines et de prendre l'avion pour aller aider les gens. Vous pouvez déjà vous investir une journée par semaine, par mois ou même par an, ici, à Bruxelles ».

Nous avons aussi bien des retraités qui ont conservé leur numéro INAMI et peuvent donc continuer à pratiquer que de jeunes diplômés qui souhaitent

enrichir leur expérience. Certains travaillent en clinique, d'autres en cabinet privé et ils libèrent une journée de temps à autre pour se mettre à notre service. Il n'y a pas d'engagement précis, ils peuvent venir toutes les semaines ou tous les ans, selon leurs envies et disponibilités. Cela complique un peu le travail d'élaboration des plannings mais on s'en sort !

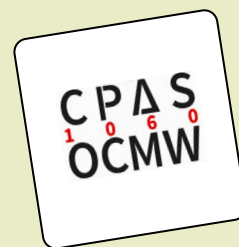
Après six mois d'activités, quels enseignements tirez-vous de cette expérience ?

Il me semble important d'insister sur l'intérêt d'être hébergé au sein d'un centre social-santé intégré, en l'occurrence Goujonissimo, à Anderlecht. Cela nous permet de sortir du secteur du sans-chez-soi pour se confronter à une autre forme de précarité. Certains, parmi le public du centre, n'ont pas vu un dentiste depuis 15 ans ou plus. Il est également important d'aller vers eux pour les « raccrocher ». C'est là aussi une mission de Dental Flux. Des consultations sont d'ailleurs prévues sur place dès que les travaux de voirie empêchant l'installation de la camionnette seront terminés.

Quelle est votre ambition pour Dental Flux à moyen terme ?

Avant toute chose, je voudrais que l'action actuelle soit pérennisée dans l'esprit que je viens d'évoquer, à savoir répondre à toutes les formes de précarité. J'aurais envie par ailleurs d'étendre notre territoire d'action au-delà de Bruxelles. Il y a beaucoup de gens en Wallonie qui n'ont pas, eux non plus, accès aux soins dentaires soit parce qu'ils n'ont pas les moyens, soit parce qu'ils vivent dans un désert médical, voire les deux. La précarité rurale est moins visible mais bien réelle.

Partenaires particuliers



Dès le début du projet, une collaboration étroite s'est nouée entre Dental Flux et le CPAS de Saint-Gilles. Myriem Amrani, présidente de l'institution, nous en explique les raisons.

Dental Flux est né d'une initiative du Groupe Santé de la coordination sociale du CPAS via l'organisation d'une campagne de prévention bucco-dentaire à destination du public bas-seuil. Lorsque le projet s'est structuré en ASBL et nous a recontactés pour savoir si nous pourrions accueillir le bus sur notre territoire, la réponse nous a semblé évidente.

Le Resto du Cœur nous a paru être un lieu idéal pour accueillir ce bus. En effet, cela permettait à Dental Flux de se positionner à proximité du CPAS tout en étant directement en contact avec le public cible du projet, à savoir des personnes fragilisées sans accès direct aux soins de santé dentaires.

Parler du projet Dental Flux, c'est parler de dignité : le travail effectué par les dentistes solidaires autour du curatif et du préventif est pleinement en lien avec les missions de notre CPAS. Ce projet est extrêmement important à mes yeux car il permet de lever à la fois des barrières financières et sociales, d'accéder à des soins, ce qui est fondamental en 2026. Par ailleurs, lorsque l'on évoque les soins dentaires, on parle de l'image de soi et de l'image que l'on renvoie. Ce projet permet donc d'aider les personnes d'un point de vue santé mais également au niveau psychologique et social.

Comment se concrétise la collaboration entre le CPAS et Dental Flux ?

Depuis 2025, Dental Flux est présent chaque lundi devant les locaux du Resto du Cœur afin de proposer ses services. Les dentistes solidaires y reçoivent une dizaine de patients dont les inscriptions sont assurées par les assistantes sociales du Resto du Cœur.

Par ailleurs, l'équipe du bus travaille en lien avec les assistants sociaux de notre CPAS afin de faciliter

l'accès aux soins de santé des patients, notamment via l'octroi d'une carte médicale pour ceux remplissant les conditions. Afin d'assurer une bonne coordination entre l'équipe du Resto du Cœur, celle de Dental Flux et le CPAS, nous organisons régulièrement des réunions de coordination.

Envisagez-vous de développer davantage encore cette collaboration ?

Actuellement, nous sommes dans une phase de stabilisation du projet. A l'avenir, nous pourrions envisager de renforcer cette collaboration, par exemple en étendant les plages de présence du bus ou en développant, avec Dental Flux, d'autres projets en lien avec la stratégie « santé » du CPAS en vue de répondre au mieux aux enjeux de santé auxquels sont confrontés nos bénéficiaires.

En quoi Dental Flux vous semble-t-il contribuer à « la transformation du social-santé à Bruxelles », pour citer la baseline de Zinneke ?

La collaboration entre des acteurs de l'associatif, Dental Flux et le Resto du Cœur, et un acteur de service public comme le CPAS permet de créer des synergies concrètes, essentielles à l'action social-santé à Bruxelles.

Par ailleurs, le fait d'implanter un projet comme Dental Flux au sein du Resto du Cœur, acteur de première ligne offrant une aide alimentaire, des douches et un accompagnement social aux personnes les plus précarisées, permet de développer une approche innovante en matière de santé : aller directement à la rencontre des patients. Ce n'est plus aux personnes en grande précarité de faire la démarche de trouver un dentiste, c'est le soin qui vient à elles au sein de lieux qu'elles fréquentent déjà (ici, par exemple, pour les repas) et dans lesquels elles ont confiance. Cette action est à la fois essentielle et innovante dans le paysage social-santé bruxellois, en particulier pour un public bas-seuil.



Moindres risques et résultats optimaux ?

L'exemple ne vient pas toujours d'où on l'attend... Ainsi, à la question de savoir quel pays fut précurseur dans la mise en place de salles de consommation à moindre risque (SCMR pour les initié·es) - ces espaces sécurisés où les usager·ères de drogues peuvent s'adonner à leur pratique dans des conditions d'hygiène optimales et sous le contrôle d'un personnel médical -, votre réponse instinctive ciblera à coup sûr un État réputé, à tort ou à raison, pour la liberté de ses mœurs.

Les Pays-Bas ? Non ! Le Danemark ?? Pas plus... La Grande-Bretagne ??? Que nenni.

La probabilité que vous citiez la très honorable Confédération helvétique apparaît proche de zéro et pourtant, c'est bel et bien sur son territoire, et plus précisément à Berne, que le premier « local d'injection » ou « centre de consommation sécurisé », pour reprendre la terminologie locale, vit le jour.

Nous sommes en 1986 et la Suisse applique alors une politique de tolérance vis-à-vis de la consommation de substances illicites, essentiellement l'héroïne, dans certains parcs publics tel le célèbre Platzpitz de Zurich. Très vite, ces « scènes ouvertes » abandonnées à elles-mêmes, hors de tout cadre et de tout contrôle, vont générer de multiples nuisances. Les vols et la violence règnent. Les conditions de vie de celles et ceux qui s'y sont rassemblé·es en masse se dégradent. La saleté, le bruit, l'insécurité déplaisent aux riverain·es qui se mobilisent pour faire changer les choses. Ils et elles vont obtenir gain de cause. Les parcs sont évacués par la force et fermés. La politique de tolérance fait place à la tolérance zéro. L'État applique une répression inflexible.

C'est pour répondre à cette situation source d'une profonde misère sociale chez les

toxicomanes que le centre bernois d'assistance Contact ouvre, en juin 1986, une cafétéria où ce public rejeté en marge de la société peut se retrouver. Le 23 juillet 1986, l'équipe du centre décide que « celui qui veut se faire un shoot en parle avec l'assistant social ». Implicitement, la consommation y devient tolérée pour autant qu'elle fasse l'objet d'un accompagnement. Cette initiative ouvre la voie à la création, l'automne suivant, du local d'injection tel qu'il existe aujourd'hui encore après avoir été officiellement reconnu en 1988.

Quarante ans plus tard, la Confédération helvétique compte 15 espaces de consommation sécurisés¹. Connaissant la rigueur et le pragmatisme suisses, ce chiffre à lui-seul devrait constituer le meilleur des plaidoyers en faveur de l'implantation de telles structures. Malheureusement, il est des enjeux pour lesquels les préjugés, la peur et les tabous prennent le pas sur la raison...

En Belgique, après la fermeture en octobre 2024 de la salle de Liège (ouverte en 2018) baptisée Sâf Ti, on compte aujourd'hui deux SCMR, toutes deux situées à Bruxelles : Gate active depuis mai 2022 et LINKup, accessible depuis le 15 décembre 2025.²

Nous avons rencontré Maïté Deprez et Bruno Valkeneers, respectivement coordinatrice de LINKup et responsable communication de l'asbl Transit en charge de l'opérationnalisation des deux espaces, pour faire le point sur ces projets.

¹ infodrog.ch/files/content/factsheets/2025_Infodrog_fiche-d-information-ECS_final.pdf

² On compte aujourd'hui dans le monde une grosse centaine de salles de consommation à moindres risques (ou *salle d'injection supervisée* au Canada, *halte soins addictions* en France, etc.). L'Europe accueille l'immense majorité d'entre elles réparties dans onze de ses États dont les Pays-Bas et l'Allemagne qui, avec respectivement 37 et 26 implantations, ont fait de ce dispositif un élément à part entière de leur politique en matière de drogues.



Maïté Deprez
Coordinatrice de LINKup

Bruno Valkeneers
Responsable communication de l'asbl Transit

Comment définiriez-vous l'objectif des SCMR ?

Maïté Deprez : Il est double. D'une part, elles visent à préserver la santé des consommateurs de drogues et à faciliter leur accès au soin, mais le soin considéré dans sa globalité. On amène à nos usagers une série de services dont ils ont besoin ; on accomplit un travail social pouvant leur permettre de réacquérir des droits qu'ils ont perdus parce qu'ils n'ont plus de domicile, plus de carte d'identité, plus d'accès à un revenu ou aux soins universels. C'est une dimension majeure de notre accompagnement qui est souvent occultée lorsque l'on parle des SCMR.

D'autre part, les salles contribuent à la pacification de l'espace public. Tout ce qui se passe dans une SCMR ne se passe pas ailleurs. Près de 70% des personnes que nous recevons à Gate – nous n'avons pas encore de statistiques en ce qui concerne LINKup – nous disent que si le dispositif n'existait pas, elles n'auraient pas d'autre alternative que la rue pour consommer.

Bruno Valkeneers : Depuis l'ouverture de Gate en mai 2022 jusqu'au 31 décembre 2024, nous avons évité 26.000 consommations dans l'espace public...
MD : Donc, notre travail c'est vraiment du 50/50 entre ces deux enjeux : d'un côté, l'orientation des usagers à consommation problématique vers le

dispositif en vue d'internaliser les pratiques et la prise en charge de la trajectoire de soins ; de l'autre côté, la médiation locale avec les riverains, les commerçants... ainsi que le ramassage de matériel (seringues, pipes...) abandonné par ceux qui ne fréquentent pas la salle de consommation.

Il est paradoxal de parler de pacification de l'espace public alors que les détracteurs des salles pointent au contraire les nuisances qu'elles généreraient...

BV : Cette réaction est quasi instinctive dès que l'on évoque un projet de salle mais l'accusation ne résiste pas à l'analyse. Les riverains ont peur et anticipent le pire. C'est pourquoi nous mettons sur pied des séances d'information qui commencent bien avant l'implantation d'une salle et se poursuivent régulièrement après l'ouverture. Cela dit, leur fréquentation est très limitée et le plus souvent réduite à... des défenseurs du projet ! Ce qui confirme que les nuisances relèvent du fantasme puisque personne ne vient se plaindre lorsque l'activité est effective. Cela dit, il est évident qu'au-delà des éléments factuels, il y a des personnes qui, par principe ou par conviction, n'accepteront jamais l'ouverture d'une SCMR... Mais c'est un autre sujet.

MD : Notre volonté est de positionner les salles de consommation comme une ressource nouvelle pour un quartier. C'est une approche très pragmatique : les situations existent, mettons en place un dispositif qui va permettre de les gérer au mieux. Concerté entre toutes les forces de la commune (bourgmestre, police, CPAS...) mais aussi les acteurs de la prévention et

de la sécurité, les services sociaux, les travailleurs de rue..., ce dispositif constitue un réel plus pour le quartier. Si la salle de consommation est là et que, non seulement, il n'y a ni insécurité ni nuisance mais en plus l'impact est positif sur la salubrité publique et la vie du quartier, les riverains ne peuvent qu'être satisfaits.

BV : Il est intéressant de noter qu'à Ribaucourt, des riverains se sont mobilisés POUR l'ouverture de la salle. Et à divers endroits de Bruxelles, des comités de quartier interpellent les politiques par

« C'est une approche très pragmatique : les situations existent, mettons en place un dispositif qui va permettre de les gérer au mieux. »

rapport à la consommation de drogues en rue en présentant la création de salles de consommation comme une solution...

Je suppose que le choix des lieux d'installation des deux salles ne doit rien au hasard... Comment avez-vous procédé?

BV: Une étude réalisée en 2018 sur la faisabilité de l'implantation de salles de consommation à Bruxelles a mis en exergue la coexistence de plusieurs scènes ouvertes de consommation dans la ville. Nous savions donc dès le départ qu'il faudrait créer plusieurs salles parce que, le principe stratégique de base, c'est de s'installer là où le problème préexiste.

Nous avons ouvert Gate rue de Woeringen, à la station de métro Lemonnier, pour toucher les consommateurs de la Gare du Midi, de la Place Bara et de la Porte de Hal où le crack est omniprésent, il y représente 80% des consommations problématiques. On était là face à un public majoritairement issu de la migration et dont une grande partie ne parlait pas français, ce qui a été un réel handicap pour nos travailleurs.

Avec LINKup, situé sur le Boulevard Léopold II, près de la station Ribaucourt, on se trouve face à des usagers au profil différent. Ils sont généralement

plus âgés, bien insérés dans le quartier, ayant parfois un logement et une famille. Ce sont essentiellement des consommateurs d'héroïne actifs depuis de longues années.

MD: Il importe de préciser que ces deux publics ne se mélangent pas. De nombreuses études l'ont démontré, la fréquentation d'une SCMR est une fréquentation de proximité, on n'y vient pas de loin mais des environs très proches. Ce constat réduit à néant le fantasme, l'idée reçue ou le slogan affirmant que les salles de consommation agissent comme des aspirateurs à toxicomanes.

BV: C'est pour cette raison que les projets de décentraliser ces lieux, de les mettre à l'écart des centres-villes comme certains le revendiquent apparaissent voués à l'échec. Barcelone l'a expérimenté à ses dépens.

MD: Les explications de cet usage de proximité sont multiples. D'une part, la détention de produits, a fortiori sur la voie publique, est punie par la loi et les consommateurs évitent donc de se déplacer au risque de se voir verbaliser et, surtout, confisquer leur dose. D'autre part, la plupart des usagers font la manche pour récolter l'argent leur permettant d'acheter le produit. Une fois en possession de celui-ci, le circuit de la récompense se met

instantanément sur *on*, ils ont hâte de consommer et le font là où ils se trouvent. Enfin, il ne faut pas oublier que la majorité des personnes dont on parle vivent en rue, elles ne détiennent pas de titre de transport pour se déplacer.

Comment êtes-vous perçu par les usagers?

MD: Il y a toujours beaucoup de méfiance car une SCMR, ce n'est pas un squat aménagé où on se retrouve pour consommer, il y a quand même des règles à respecter. Il faut le temps qu'ils apprivoisent le dispositif. Par exemple, ils vont venir chercher du matériel au comptoir pour faire connaissance avec l'équipe avant d'aller plus loin dans l'utilisation de la salle.

BV: La répression de la consommation est bien ancrée dans les esprits et il est difficile de faire passer un message contraire. Il

y a la suspicion d'une entourloupe... On entend «Attends, tu nous dis de venir consommer dans ta salle mais qu'est-ce que cela cache...?» Tout un travail de sensibilisation est nécessaire en amont de l'ouverture d'une salle. On prépare

le terrain avec nos travailleurs de rue et ceux de nos partenaires comme Dune, Cover, le projet Lama... Avec LINKup, nous avons pu bénéficier du bouche-à-oreille généré par Gate et le démarrage fut un peu plus facile. Mais il faut généralement compter six mois pour que les choses se mettent correctement en place.

Est-il possible de dresser un profil de ceux et celles qui fréquentent les salles?

MD: La distinction des genres est intéressante car il y a vraiment très peu de femmes: 12% selon les derniers chiffres de Gate. Nous avons créé à LINKup un espace de consommation qui leur est spécifiquement réservé mais cela ne change pas grand-chose à cette proportion. Le fait est que les femmes sont généralement sous-représentées dans la fréquentation des services sociaux ou de santé

avec un ratio de 80/20. Mais ici, on est encore plus bas. Nous n'avons pas vraiment d'explication. Peut-être les femmes sont-elles moins nombreuses en situation d'extrême précarité et de consommation problématique de drogues...

Au niveau de l'âge, on a essentiellement affaire à des personnes de 40-45 ans.

Sur un plan très pratico-pratique, comment fonctionnez-vous?

MD: Les salles sont ouvertes tous les jours de 10 à 17 heures, sauf le lundi où nous ouvrons à midi. Nous avons calqué l'horaire de LINKup sur celui de Gate mais les deux lieux sont très différents. Gate se situe dans une petite rue qui abrite également la Mass, Maison d'Accueil Socio-Sanitaire, qui touche le même public. Cette proximité génère un flux assez important en journée et nous étions

dès lors désireux de préserver la tranquillité des habitants lorsqu'ils se trouvent chez eux, c'est-à-dire en soirée. Pour LINKup, la configuration urbanistique diffère totalement. On est sur un boulevard avec un va-et-vient permanent, c'est vivant

même en soirée et on pourrait donc envisager un autre horaire. Nous sommes très attentifs à la question et évaluons en permanence la situation; il est possible que nous élargissions les heures d'ouverture en fonction des besoins. Mais nous devons aussi faire en fonction d'un certain nombre d'impératifs, notamment financiers: des horaires élargis, cela demande plus de personnel et donc des ressources supplémentaires.

Précisément, quels sont vos moyens financiers et humains?

MD: Financièrement, nous avons la chance de travailler dans le cadre d'un financement organique structurel ce qui est beaucoup plus sécurisant qu'un statut de projet-pilote limité dans le temps et sans garantie d'être pérennisé.

L'équipe de LINKup se compose de 12 personnes: une



coordinatrice, une infirmière-chef, six éducateurs, quatre infirmiers et infirmières et deux éducateurs de rue. Elle est appelée à évoluer car le projet compte un second volet: outre la SCMR, nous allons en effet ouvrir un abri accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour quelques heures de repos ou pour plus longtemps. Cela nous permettra de proposer une réponse plus globale à nos bénéficiaires dont 70 à 80% sont sans domicile fixe et 50% vivent en rue. Grâce à ce service d'hébergement d'urgence, ils auront la possibilité de se mettre provisoirement à l'abri, de prendre une douche, de se poser,

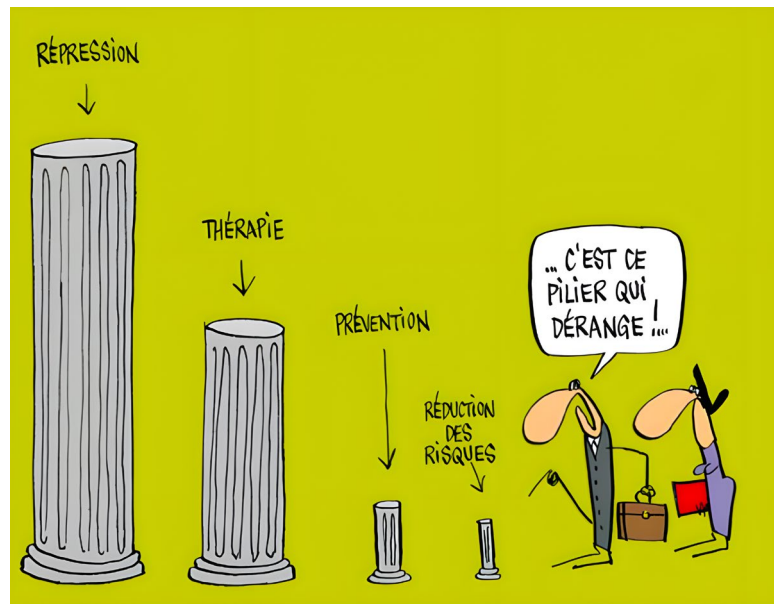
ce qui les mettra dans de meilleures conditions pour que nous puissions mener un travail social et d'accompagnement.

Nous proposerons 24 places. Toutes les chambres pourront être fermées de l'intérieur afin de garantir l'intimité des personnes mais avec une possibilité d'ouverture de l'extérieur en cas d'urgence, par exemple si on soupçonne une overdose. Particularité quasi unique dans ce type d'hébergement d'urgence: il sera possible d'y accéder avec son chien, comme c'est d'ailleurs déjà le cas au niveau de la salle de consommation.

Pour conclure, que diriez-vous pour convaincre celles et ceux qui s'opposent aux SCMR des atouts du dispositif?

MD: Je pourrais revenir sur l'apaisement des quartiers concernés par les scènes ouvertes de consommation mais je préfère mettre en évidence d'autres impacts positifs...

Dans un contexte global de surcharge de tous les services de soins, y compris hospitaliers, une salle de conso joue un rôle indispensable. Au-delà de ce qu'elle apporte à son public, elle aide en effet tout le réseau de soins. Il suffit de demander aux services d'urgence: s'ils devaient gérer chaque overdose ou chaque plaie que l'on évite grâce aux SCMR, ils seraient saturés.



© Mix&Remix pour info drog - GREAA

Au-delà de ça, nous permettons aux usagers de lever le tabou sur leur addiction ce qui mène à une prise en charge efficace. C'est un des rares contextes où ils ne doivent pas cacher leur consommation problématique. Partout ailleurs, ils viennent chercher un service – revenu, hébergement, etc. – et avouer leur situation risque de les desservir. Ici, ce n'est pas le cas, au contraire, tout le monde sait ce qu'il en est et c'est une richesse incroyable pour recréer tout un réseau médico-social autour de l'usager.

Ce qui est intéressant avec les SCMR c'est qu'on travaille avec un seuil d'accès au soin plus bas que tous les autres services. Plus de 30% des personnes qui viennent ici n'ont jamais été prises en charge ni au niveau social, ni au niveau médical pour leurs consommations. Sans nous, ces gens seraient totalement hors-radar. Nous, on les remet en lien avec les dimensions sociale et surtout sanitaire de leur situation. Et ça marche. Ça casse les idées reçues qui voudraient que quand on est dans des consommations compulsives, on n'a plus d'intérêt pour sa santé. Quand on aborde la question dans sa globalité, qu'on ne s'intéresse pas seulement à la consommation mais aussi à l'individu et à son contexte de vie pour lui proposer des services qui correspondent vraiment à ses besoins, on obtient des résultats. Mais cela implique évidemment de sortir d'une approche essentiellement sinon exclusivement répressive de la toxicomanie...

Bilan express

Depuis 40 ans que les SCMR existent, de nombreuses études leur ont été consacrées et toutes sont arrivées à des constats relativement similaires.

Ainsi, les SCMR s'adressent à un public très spécifique, à savoir des usager·ères de drogues très précarisé·es, majoritairement sans logement, contraint·es de consommer sur la voie publique. Selon les statistiques de GATE (Bruxelles, 2023) et de Sâf Ti (Liège, 2022), 50% des utilisateur·ices sont à la rue, 75% sans logement propre, 95% sans revenus professionnels et un tiers sans aucune ressource légale.

Au niveau des résultats, on observe

- une diminution de la mortalité des usager·ères (ex. overdoses);
- une diminution de la morbidité (transmission de maladies associées, ex. HIV, hépatites, etc.);
- une diminution des comportements de consommation à risque (ex. partage de seringues, réutilisation de matériel etc.);
- une réduction de la scène publique de consommation;
- une réduction du volume de déchets de consommation (ex. seringues) sur la voie publique.

Aucune augmentation de la criminalité (vols, possession et trafic de drogues, agressions, etc.) n'est constatée autour des SCMR.

En conclusion de leur présentation des premiers résultats de l'évaluation scientifique portant sur Gate³, les chercheur·euses écrivent: « Parmi les utilisateurs de GATE, 38% déclarent ne pas être en contact avec d'autres services existants. Ces 38% sont significativement plus jeunes que les autres utilisateurs, sont plus souvent sans papiers, sans-abri et sans revenu. Il s'agit donc d'une partie très précarisée du groupe des utilisateurs qui n'auraient pas accès à de l'aide et des soins sans Gate. (...)»

Outre l'espace de consommation, Gate offre des services médicaux ou infirmiers et des services sociaux. Si 44% des utilisateurs ne visitent que l'espace de consommation, les 56% restants utilisent aussi les services sociaux et médicaux. Ces 56% viennent plus fréquemment que les autres. Et ceux-ci proviennent plus souvent des environs immédiats de Gate et sont significativement plus souvent sans-abri et sans revenu. Ainsi, ceux qui visitent Gate le plus souvent sont plus précarisés et ce sont ceux qui utilisent les services sociaux et médicaux. C'est une indication claire que Gate contribue à remettre ces personnes en contact avec le système social et de soins. »



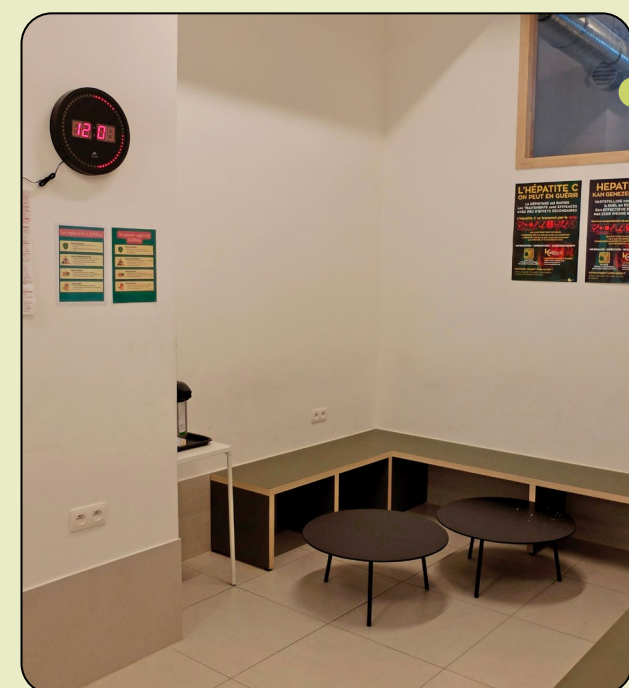
© Mix&Remix pour info drog - GREAA

3 Chantry M., Sluyts J., Nicaise P., et le groupe de recherche REVE-DROOM: « Factsheet: Les premiers résultats d'évaluation scientifique portant sur GATE, la première Salle de Consommation à Moindre Risque de Bruxelles », Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) – UCLouvain

L'étude REVE-DROOM est coordonnée à l'IRSS-UCLouvain et réalisée en collaboration avec l'Université de Gand, l'Université de Liège et l'UCLouvain-Saint-Louis, belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=DR/93

Visite guidée

Chez LINKup, le parcours de l'utilisateur commence au comptoir de la réception où il-elle peut recevoir du matériel stérile. « La personne est alors enregistrée sous sa date de naissance et un nom qui peut être un pseudonyme. Elle est aussi invitée à nous communiquer si elle est suivie dans d'autres structures, rien de plus. »



Si l'utilisateur décide d'aller plus loin dans le dispositif et d'investir les espaces communautaires, notamment les salles de consommation, il-elle est invité-e à passer un entretien d'inclusion au cours duquel une anamnèse sociale est réalisée afin de déterminer si son profil correspond bien au public ciblé. « C'est une étape très importante car nous sommes très attentifs à ne pas mélanger les publics. Ici, nous accueillons des personnes majeures ayant des consommations actives et à risques et manifestant une perte d'acquis. L'entretien d'inclusion permet aussi de faire le point sur la consommation réelle de la personne. C'est un enjeu majeur en termes de suivi une fois qu'elle viendra consommer sur place. Souvent, elle nous dit « Je consomme du crack » et quand on creuse un peu on arrive à « Je bois aussi une dizaine de bières par jour ». Et puis « J'ai oublié de te dire mais je prends aussi des benzos. Mon médecin m'en prescrit trois par jour mais j'en bouffe cinq ou six... Et, oui, en fait, il m'arrive aussi d'acheter de la méthadone au marché noir. » Cet entretien nous permet d'objectiver la situation et de disposer de tous les éléments utiles s'il devait se passer quelque chose en salle de consommation. »



Un plateau avec du matériel nécessaire à sa consommation est préparé pour chaque utilisateur avant qu'il-elle rejoigne une salle.

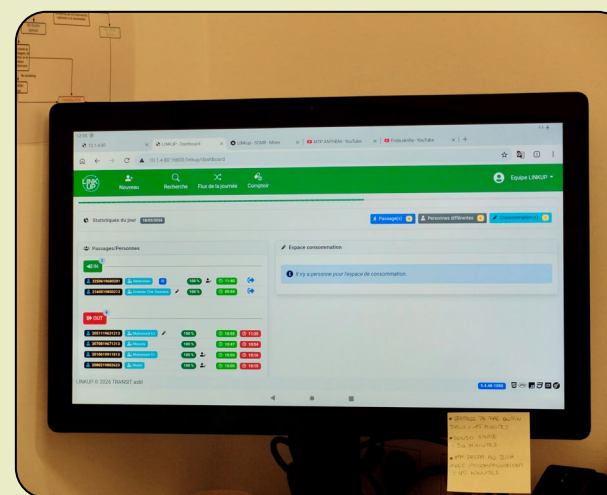


Des salles adaptées aux modes de consommations des différents produits (essentiellement crack – ici – et héroïne – photo suivante) sont à disposition. Elles peuvent accueillir jusqu'à 15 personnes simultanément. Partout, des messages rappellent les bonnes pratiques pour une consommation à moindres risques.

Dans un souci de responsabilisation, les consommateur-ices sont invité-es à laisser le lieu dans l'état où ils-elles l'ont trouvé, c'est-à-dire évacuer le matériel utilisé dans les poubelles mises à disposition et nettoyer l'espace qui fut occupé.



LINKup se distingue par la mise à disposition d'une salle de consommation exclusivement réservée aux femmes. Dans le souci de leur assurer un maximum d'intimité, cette salle se trouve en bout de couloir de sorte que nul autre utilisateur ne doit passer devant.



Un monitoring précis des passages au comptoir et de l'utilisation des différentes salles de consommation est assuré en temps réel.

Il faut encore noter que les lieux disposent d'une salle de repos à destination des utilisateurs, d'une salle médicalisée permettant de prendre en charge d'éventuels problèmes liés à la consommation (plaie...) et d'une cour à disposition des utilisateurs souhaitant fumer.

Quand l'art s'invite chez les seniors

Nous réservons cet espace aux bénéficiaires des services social-santé qui partagent leur expérience et expriment leur ressenti sous l'une ou l'autre forme artistique.

À l'honneur dans ce numéro, les résident·es de la Résidence Gertrude qui ont contribué à faire de leur maison de retraite un centre d'art.

Au cœur des Marolles, à un vol de pigeon de la Place du Jeu de Balle et de son marché aux puces quotidien, la Résidence Sainte-Gertrude, maison de repos gérée par le CPAS de Bruxelles-Ville, accueille depuis plus de 40 ans des seniors parmi les plus défavorisé·es de la capitale. Ici, la précarité économique côtoie la précarité affective et culturelle. C'est là que Mohamed El Khatib, dramaturge et metteur en scène français, a décidé d'implanter un centre d'art permanent.

L'idée a germé en 2021 à l'occasion de recherches sur l'amour chez les plus de 65 ans en vue de sa prochaine création, « La Vie secrète des vieux ». Il rencontre alors des habitant·es de l'EHPAD les Blés d'Or, à Chambéry, et une discussion avec la directrice le conduit à interroger la façon d'instaurer un lien durable entre l'art et la vie quotidienne des personnes âgées au sein de l'établissement qui les accueille. Il ne s'agit pas d'implanter l'art dans le lieu, car il s'y trouve déjà, mais bien de le faire apparaître, de le donner à voir. L'enjeu est à la fois esthétique, social et politique. L'art entre dans le quotidien et, dans le même temps, la maison de repos réputée être un mouroir, un lieu de « la dernière heure » où il est essentiellement question de finir son existence plutôt que de continuer à la vivre intensément, retrouve une place dans un circuit de vie normale.

Un premier projet se concrétisa à l'EHPAD de Chambéry avant d'investir, en 2023, les murs de la Résidence Sainte-Gertrude, rebaptisée *Maison Sainte-Gertrude*.

Des artistes accueilli·es en résidence vont (co)créer avec les résident·es des œuvres qui resteront sur place pour embellir le lieu et créer progressivement un centre d'art ouvert au public. L'objectif est de faire émerger des formes de vie et d'expérimentation artistique valorisées comme autant de façons d'être encore une fois au monde. Plasticien·nes, sculpteur·ices, peintres, photographes... : les invité·es sont choisi·es par Mohamed El Khatib, le Théâtre National – associé au projet depuis sa création – ou encore des musées partenaires.

Il serait mensonger d'écrire que le projet fit l'unanimité parmi les résident·es de Sainte-Gertrude. Certain·es, surtout parmi les plus ancien·es, s'insurgèrent contre cette intrusion dans ce qui est « leur » lieu de vie et, aujourd'hui encore, une certaine mauvaise humeur peut parfois se manifester vis-à-vis des visiteur·euses. D'autres ont fait le choix de s'investir plus ou moins intensivement dans l'aventure et la (co)création artistique. Mais toutes et tous profitent en fin de compte de l'atmosphère vivifiante créée par les multiples œuvres qui occupent aujourd'hui l'espace et lui confèrent une nouvelle dimension.

La Maison Gertrude,
23a rue des Capucins, 1000 Bruxelles.

→ Visite guidée deux mercredis par mois.

« Abat-jours pour jours tristes », création des artistes Fred Hocké et Lisa Lecuire à partir d'abat-jours chinois sur le marché aux puces de la Place du jeu de Balle



En divers endroits, à l'extérieur comme à l'intérieur de la Maison Gertrude, des installations de Joëlle Sambi et Nicolas Pommier permettent de composer un numéro choisi dans l'annuaire de 580 entrées réalisé par les artistes et entendre un message enregistré par des résident·es.



« La géante » réalisée par l'artiste Shengül Özdemir, alias Shen Özdemir, veille sur la Maison Gertrude et participe aux festivités du quartier.

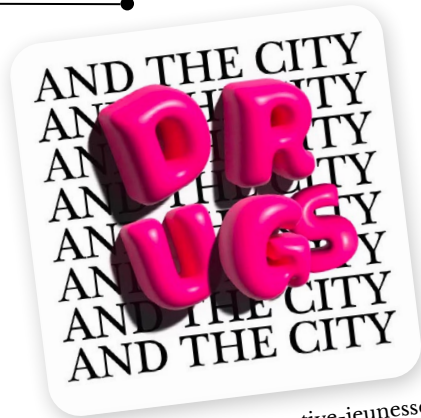


Cette photo géante, souvenir d'une performance réalisée avec des résident·es sur la Place du Jeu de Balle, accueille désormais les visiteur·euses de la cafétéria.

Oeuvres de résident·es



Boîte à outils



PODCAST FR

© prospective-jeunesse.be

Drugs and the City Épisode 1: Drogue 50 nuances de punitions et d'interdits

Par Prospective Jeunesse

Ce podcast envisage les assuétudes dans une perspective de bien-être. Son premier épisode analyse comment la politique répressive et punitive adoptée en Belgique depuis près d'un siècle a profondément influencé notre perception des addictions. Il entend comprendre les origines de cette politique, ses conséquences et explorer des approches alternatives.

Public cible : tout public.

→ prospective-jeunesse.be/poscasts/podcast-drugs-and-the-city-episode-1/

SITE FR NL

Habitools

Par le Rassemblement Bruxellois pour le Droit à l'Habitat

Habitools est un inventaire d'outils d'éducation au logement développés par des associations dans leur pratique quotidienne. Ces outils de sensibilisation abordent différents thèmes comme les pollutions intérieures, les stratégies de consommation durable, les droits et devoirs des locataires et des propriétaires, la recherche de logement...

Prochain salon Habitools :

Mardi 15 septembre 2026 de 9h30 à 19h30

Thème : « Du jeu à l'action : (s')outiller pour habiter »

De Kriekelaar, rue Gallait 86, 1030 Schaerbeek

Public cible : les professionnel·les accompagnant des bénéficiaires sur des enjeux liés au logement.

→ habitools.be

Ça aide!

JEU FR

Pas trop tabou

Par Le Patro

La gestion de groupes d'enfants et de jeunes confronte régulièrement les équipes d'animation à des situations complexes et parfois délicates. Ce jeu vise à faciliter la discussion autour des questions liées à l'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS), en favorisant l'expression libre et le dialogue sur des thématiques sensibles.

Certaines séquences abordent des sujets difficiles tels que les abus sexuels, le consentement ou le harcèlement.

Public cible : les équipes d'animation actives auprès des jeunes.

→ shopatro.com/fr/outils-pedagogiques/254-pas-trop-tabou.html

FOLDER NL

Vapotage : information pour les parents

Par Vlaams Instituut Gezond Leven

Le vapotage ou l'utilisation de cigarettes électroniques, notamment par les jeunes, fait beaucoup parler dans les médias et suscite l'inquiétude des parents. Mais que savons-nous réellement à ce sujet ? Et que pouvez-vous faire en tant que parents ? Deux questions essentielles auquel ce dépliant s'efforce de répondre.

Public cible : les parents.

→ gezondleven.be/files/webwinkel/vapen-folder-final-digital.pdf

JEU + MANUEL DE SENSIBILISATION FR

« Ce n'est pas la vieillesse, le problème, c'est l'âgisme ! »

Par Liages

Selon l'ONU, une personne sur deux dans le monde aurait des attitudes âgistes.

En Belgique, 7 personnes de plus de 55 ans sur 10 déclarent subir des préjugés liés à leur âge. L'âgisme, cette discrimination liée à l'âge, est omniprésent avec des conséquences sur la santé, le bien-être, la dignité, les droits humains. Mais l'âgisme est une construction sociale. Et ce qui a été construit peut être déconstruit.

Public cible : tout public.

→ liages.be/lutter-contre-l-âgisme-campagne-liages/



© liages.be

FICHE FR

« Comment soutenir la littératie en santé en période périnatale ? »

Par Cultures & Santé

La « littératie en santé » désigne les capacités des personnes à accéder à des informations pour la santé, à les comprendre, les évaluer et les appliquer.

Cette fiche propose un éclairage sur les enjeux et pistes d'actions spécifiques à la période périnatale, cruciale pour la santé de la mère comme de l'enfant, et particulièrement marquée par les inégalités sociales de santé.

Public cible : les professionnel·les, en vue de les outiller pour soutenir l'exercice de la littératie en santé des personnes.

→ cultures-sante.be/outils-ressources/fiche-lisa-10-comment-soutenir-la-litteratie-en-sante-en-periode-perinatale/

CAMPAGNE FR

Agir en prévention

Par le Centre de Santé Mentale ALFA, Fonds des Affections Respiratoires – FARES, Infor-Drogues, Le Pélican, Nadja, Prospective Jeunesse, Service Prévention d'A.V.A.T et Univers Santé.

Cette campagne a été initiée par un collectif d'associations actives en tant que services spécialisés en prévention des assuétudes dans une optique de promotion de la santé. Son objectif est de rendre visible la place et le rôle du secteur de la prévention des assuétudes en tant que soutien aux professionnel·les de 1^{ère} ligne dans les situations problématiques que ces derniers rencontrent avec leurs publics.

Public cible : les professionnel·les de 1^{ère} ligne.

→ agirenprevention.be



www.agirenprevention.be

© agirenprevention.be



© femmesetsante.be

MANUEL FR

Je vois, j'agis : intervenir en témoin de violences obstétricales

Par la Plateforme citoyenne pour une Naissance Respectée, Femmes et Santé, Garance

Tout le monde mérite de recevoir des soins respectueux de sa dignité, de son autonomie et de ses droits fondamentaux. Pourtant, des usagères sont régulièrement exposées à des violences gynécologiques et obstétricales, des pratiques inappropriées, intrusives ou non consenties. Ce guide a été conçu afin de donner aux professionnel·les témoins de ces situations et qui se sentent démunies, des repères concrets et des stratégies pour développer une capacité d'action, dans le respect des personnes concernées et des réalités de terrain.

Public cible : les acteur·ices de la périnatalité ; toute personne ayant une influence dans ce domaine.

→ femmesetsante.be/manuel-je-vois-jagis-intervenir-en-temoin-de-violences-obstetricales/

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

