

Panorama 1

De nouveaux dispositifs d'«aller-vers» à Bruxelles : RAQ, CHW, CPPS, CeS (et autres)

Remerciements

Pour réaliser ce Panorama, nous avons pu nous appuyer sur les connaissances de professionnels de plusieurs institutions : Brusano, CAW Brussel, Équipe mobile précarité, Fédération des Services Sociaux Bicommunautaire, Foyer, Huis voor Gezondheid, Intermut, Kenniscentrum Welzijn Wonen Zorg, Mutualités Libres, Projet Lama, Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Par ailleurs, nous avons pu bénéficier de l'expertise de collègues d'autres directions de Vivalis, dont principalement la direction Santé et Aide aux personnes.

Merci à toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens ou échanges exploratoires, aux entretiens de travailleurs des dispositifs, et/ou au travail de relecture : Yousra Ben Hassoune, Mariam Bidouze, Nouhaila Bouarfa, Houria Bounouch, Bastien Brack, Julie Cardon, Jan De Bie, Jef De Block, Annick Dermine, Victoria De Vlamincx, Asma El Moukadam, David Hercot, Céline Houtain, Eric Husson, Jean-Nicolas Kalitventzeff, Alexia Lescart, Ersilia Lopes Goudiaby, Foibé Masengesho, Valentine Musette, Marine Smeets, Gaétane Thirion, Ann Trappers, Emilie Vanderstichelen, Olivia Vanmechelen, Thomas Vanwynsberghe, Katrien Verbeek, Frédéric Verhagen, Marie Vlayen.

Colophon

Autrices :

Corinne Malchair, Elisabeth Suci

Relecteur :

Jonathan Unger, Joost Boddaert, Catherine Giet, Emmanuelle Vanbesien, Derkje Van der Elst

Traduction :

ISO Translation & Publishing

Mise en page :

Nazca agency & Partners

Pour citer cette publication :

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2025). « De nouveaux dispositifs d'aller-vers' à Bruxelles : RAQ, CHW, CPPS, CeS (et autres) ». Panorama 1. Bruxelles : Vivalis.brussels.

Numéro de Dépôt légal :

D/2025/9334/79

Pour plus d'informations :

Corinne Malchair corinne.malchair@vivalis.brussels
Elisabeth Suci elisabeth.suci@vivalis.brussels

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale - Vivalis.brussels

Rue Belliard 71, boîte 1 – 1040 Bruxelles
Tél. : 02/552 01 89
observat@vivalis.brussels

<https://www.vivalis.brussels/fr/informer-et-communiquer/observatoire/observatoire-de-la-sante-et-du-social-de-bruxelles-capitale>

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands

Sommaire

1 Édito – Aller vers une meilleure compréhension de l’offre sociale-santé bruxelloise	4
2 En un coup d'œil	5
2.1 Présentation rapide	5
2.2 Raison d'être de ces dispositifs ?	5
2.3 Qui fait quoi?	5
2.4 Ce qu'ils ont en commun	6
2.5 Enjeux et freins	6
2.6 Conclusion	7
2.7 Les 4 dispositifs en un coup d'œil et une carte	8
3 En détail	9
3.1 Contexte général	9
3.1.1 Introduction et mise en perspective	9
3.1.2 Comment situer ces nouveaux dispositifs dans le cadre de l'organisation social-santé ?	10
3.2 Les Relais d'Action de Quartier - RAQ	14
3.2.1 Présentation du dispositif	14
3.2.2 Quels freins et enjeux?	21
3.3 Les Community Health Workers - CHW	23
3.3.1 Présentation du cadre fédéral	23
3.3.2 Présentation du dispositif des CHW en région bruxelloise	24
3.3.3 Freins et enjeux?	30
3.4 Les Chargés de prévention et promotion santé - CPPS	30
3.4.1 Présentation du dispositif	30
3.4.2 Quels freins et enjeux?	37
3.5 Les Conseillers en Santé - CeS	40
3.5.1 Présentation du dispositif	40
3.5.2 Freins et enjeux	46
3.6 D'autres projets 'd'aller-vers'	47
3.6.1 Le 'STEK-Peterbos' et le 'Zorgzaam Peterbos Solidaire' de SAAMO - Brussel	47
3.6.2 Les équipes mobiles Cover et Artha	48
3.6.3 Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg du Foyer	48
3.7 Conclusion	49
4 Lexique, ce que nous entendons par...	50
5 Sources bibliographiques, pour aller plus loin	56



Édito – Aller vers une meilleure compréhension de l'offre sociale- santé bruxelloise

L'Observatoire de la Santé et du Social publie depuis de nombreuses années différentes études et outils visant à éclairer la situation socio-sanitaire des Bruxelloises et Bruxellois : leur état de santé et leur (non-)accès à différents droits, comme le logement, l'emploi, la sécurité et l'aide sociale, etc.

Pour garantir le bien-être des Bruxellois, il est également essentiel d'avoir une bonne connaissance de l'offre d'aide et de soins et de la manière dont celle-ci est organisée. C'est la raison pour laquelle l'Observatoire lance une nouvelle collection de 'Panorama' qui poursuit cet objectif.

Le Panorama que vous avez entre les mains en est le premier numéro. Un premier jalon, pensé pour mieux faire connaître les initiatives de proximité développées ces dernières années et qui, loin d'être anecdotiques, sont devenues des maillons essentiels du système social-santé.

Il est consacré à de nouveaux dispositifs encore relativement peu connus : ceux dits 'd'aller-vers', visant à apporter une réponse à un constat ancien, mais aggravé par la crise du COVID-19 : trop de Bruxelloises et Bruxellois restent en marge des services d'aide sociale et de soins de santé. En réponse, quatre dispositifs ont vu le jour, ou se sont consolidés : les **Relais d'Action de Quartier (RAQ)**, les **Community Health Workers (CHW)**, les **Chargés de prévention et promotion santé (CPPS)** et les **Conseillers en Santé (CeS)**. Tous ont pour objectif commun de créer du lien, de soutenir l'accès à l'aide et aux soins, et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Ce Panorama s'adresse autant aux **travailleurs de terrain**, aux **actrices et acteurs de soutien à l'organisation de l'aide et des soins**, qu'aux **administrations compétentes et au politique**. Il propose deux niveaux de lecture :

- Une synthèse accessible et visuelle pour celles et ceux qui, au quotidien, croisent ou collaborent avec ces dispositifs sans toujours en cerner les contours ;
- Et une analyse approfondie pour mieux comprendre les contextes d'émergence, les modes d'organisation, les enjeux, les complémentarités et les freins que rencontrent ces dispositifs.

Vous y trouverez également une **cartographie**, des **présentations détaillées**, des **témoignages**, un **lexique**, et des **ressources pour aller plus loin**.

Cette série ambitionne de contribuer à une meilleure interconnaissance dans le paysage bruxellois. Mieux comprendre pour mieux collaborer, mieux s'orienter, mieux répondre aux besoins, c'est, en somme, l'invitation que nous vous adressons à travers ce premier 'Panorama'.

Bonne lecture.

2 En un coup d'œil

2.1 Présentation rapide

Vous entendez parler des RAQ, CHW, CPPS et Conseillers en Santé, mais ce qu'ils font n'est pas toujours clair? Voici les grandes lignes de ces quatre dispositifs.

Ces 4 projets ont été conçus pour 'aller-vers' les habitants qui ont du mal à accéder aux services d'aide et de soins et aux informations de prévention et promotion de la santé. Ils sont différents, mais complémentaires.

2.2 Raison d'être de ces dispositifs ?

Ces quatre dispositifs ont été créés pendant la pandémie de COVID-19 pour aller à la rencontre des habitants fragilisés ou éloignés des services d'aide et de soins, ou soutenir les organisations qui pratiquent cette démarche. Aujourd'hui, ils continuent leur travail pour maintenir le lien avec la population et mieux préparer d'éventuelles crises futures.

2.3 Qui fait quoi?

- **Les Relais d'Action de Quartier - RAQ** travaillent sur les déterminants sociaux de la santé pour les habitants de certains quartiers les plus précarisés de Bruxelles. La démarche communautaire est au cœur de leur travail, que ce soit au travers de leur travail individualisé, en groupe ou communautaire¹.
- **Les Community Health Workers - CHW** accompagnent les habitants de certains quartiers les plus précarisés de Bruxelles (autres que les quartiers des RAQ) pour les aider à accéder au système de soins de santé.
- **Les Chargés de prévention et promotion santé - CPPS** ont une mission plus vaste, à l'échelle des Bassins d'aide et de soins². Ils favorisent les liens entre les actrices et acteurs et mettent en œuvre des activités favorisant la prévention et la promotion de la santé.
- **Les Conseillers en Santé - CeS** contactent directement certaines personnes par téléphone pour aborder des questions de prévention santé, dans le cadre de campagnes spécifiques (par exemple, sur le dépistage de certains cancers). Ils animent aussi des ateliers pour informer le public et les professionnelles et professionnels de bureaux de mutuelles.

¹ Vous trouverez l'explication de ces termes dans le Lexique sous le terme « Travail communautaire ou démarche communautaire »

² Dans le cadre du Plan Social Santé Intégré - PSSI (voir Lexique), la région bruxelloise a été divisée en 5 Bassins comprenant plusieurs communes et, en 2024, de 188.155 à 319.935 habitants.

2.4 Ce qu'ils ont en commun

- **Prévention et promotion de la santé** : tous visent la prévention et la promotion de la santé (via les déterminants sociaux de la santé pour les RAQ).
- **Aller-vers** : ils vont vers les Bruxellois fragilisés ou éloignés des services et informations 'classiques' pour établir un lien de confiance ('aller-vers' ou 'outreach').
- **Collaboration avec les acteurs de terrain** : les RAQ, CHW et CPPS sont en lien étroit avec les acteurs et actrices de terrain et mènent des actions complémentaires ou en collaboration avec ceux-ci.
- **Interconnexion** : les dispositifs, et leurs travailleurs, ont un lien entre eux, via différents lieux de rencontre et de concertation et à travers des activités ponctuelles menées en collaboration.

2.5 Enjeux et freins

Ces dispositifs doivent relever certains défis, dont les principaux sont :

Faire comprendre leur rôle

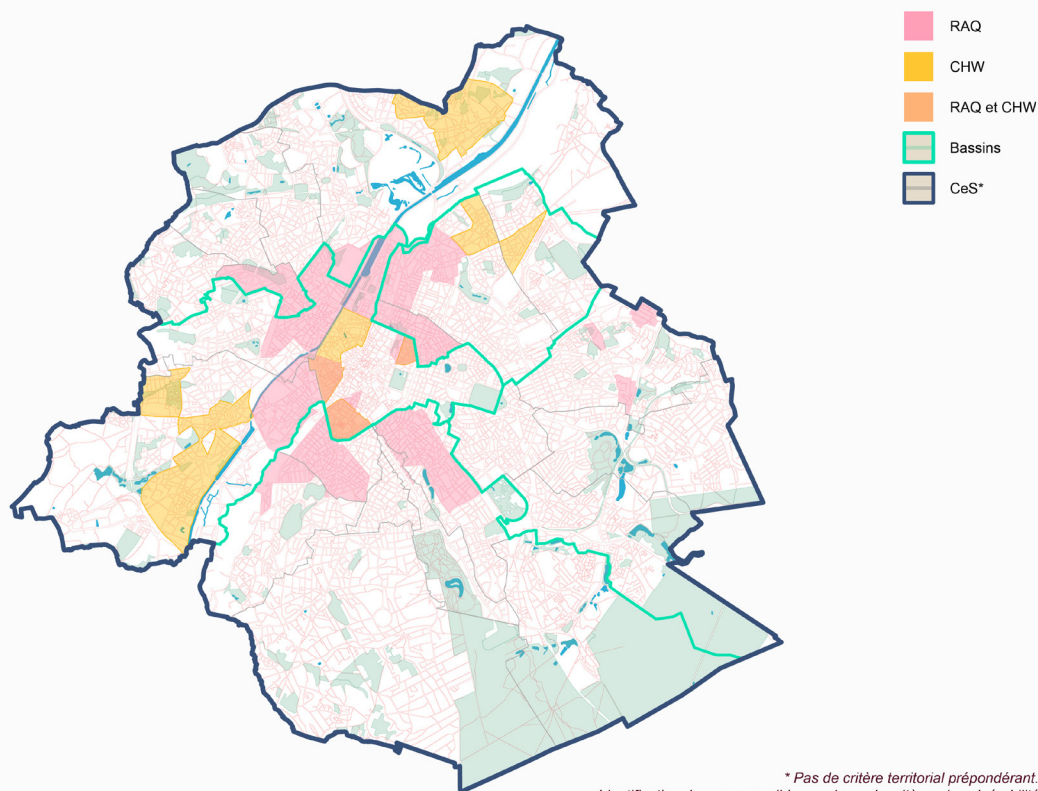
Il n'est pas toujours évident d'expliquer leur travail et leur différence avec les autres services. L'insertion d'un nouveau projet au sein d'un ensemble de services et d'associations existant est complexe, surtout dans un contexte d'offre sociale-santé multiple qui manque déjà de visibilité.

Orienter vers des services adaptés

L'orientation des personnes vers les services adéquats se heurte à la saturation des services de première ligne ou à des modes de fonctionnement inadaptés pour les personnes orientées.

Stabiliser leur cadre de travail

Tisser des liens avec les habitants et développer une approche communautaire prend du temps. Offrir un cadre stable aux dispositifs et aux équipes est essentiel pour inscrire leurs actions sur le long terme. Certains dispositifs sont encore inscrits en 'initiative', ce qui rend leur travail moins sûr à long terme.



* Pas de critère territorial prépondérant.
Identification des groupes cibles sur base de critères de vulnérabilité ou liés à la participation à des actions de dépistage

Renforcer les collaborations entre eux

Les RAQ et les CHW développent une connaissance fine des réalités et dynamiques à un niveau très local, tandis que les CPPS apportent une connaissance complémentaire à l'échelle d'un Bassin. Des points de convergence en termes de modalité d'intervention se renforcent. Aller plus loin dans les projets communs facilitera les échanges de compétences ainsi que la mise en œuvre d'une action commune en cas de nouvelle crise.

Dépasser le clivage social et santé

La distinction institutionnelle et historiquement construite entre les secteurs social et santé ne correspond pas à la façon dont les difficultés sont vécues par les personnes. Chercher un logement, avoir accès au numérique, etc. : tout cela a un impact sur la santé. Pouvoir articuler ces deux dimensions est donc essentiel pour répondre aux besoins des habitants.

2.6 Conclusion

Ces quatre dispositifs travaillent en interconnexion pour mieux **créer des liens** avec les Bruxelloises et Bruxellois qui en ont besoin, **favoriser l'accès aux droits et aux soins** et mieux se préparer à de futures crises sanitaires et/ou sociales.

2.7 Les 4 dispositifs en un coup d'œil et une carte

Dispositifs	Relais d'Action de Quartier - RAQ https://www.raq.brussels/	Community Health Workers - CHW https://www.chw-intermut.be/	Chargés de prévention et promotion santé - CPPS https://www.brusano.brussels/	Conseillers en Santé - CeS https://www.mloz.be/
Coordonné et subventionné par qui ?	Coordination : Fédération des services sociaux bicommunautaire - FDSSB Subvention : Commission communautaire commune - Cocom	Coordination : Intermut (IM asbl) Subvention : INAMI	Coordination : Brusano Subvention : Commission communautaire commune - Cocom	Coordination : Mutualités Libres (financement via l'asbl IM - Intermut) Subvention : Commission communautaire commune - Cocom
Présentation générale	Crée des liens de proximité avec les habitants et répond à leurs besoins sociaux et de santé via une démarche communautaire Favorise les liens avec et entre les acteurs social-santé du quartier	Vise l'amélioration de l'accès aux soins et la réduction des inégalités en matière de santé Accompagne les habitants pour les reconnecter au système de soins Collabore avec les services de santé et sociaux locaux	Améliore la prévention et la promotion santé sur les Bassins d'aide et de soins (dont les thématiques prioritaires à Bruxelles) Renforce les liens entre les actrices et acteurs social-santé	Contacte les personnes ciblées pour évaluer leurs besoins et les accompagner à mettre en place des actions en faveur de leur santé, fournir des informations pratiques en santé et lutter contre l'isolement
Les objectifs principaux ?	- Lutter contre le non-recours - Renforcer l'accessibilité aux services sociaux et de soins - Agir positivement sur les déterminants sociaux	- Accompagner les bénéficiaires dans leurs accès aux soins de santé - Sensibiliser les bénéficiaires aux thèmes liés à la santé - Identifier les besoins et les barrières existantes à l'accès aux soins de santé en vue de promouvoir un changement social	- Faire connaître les actions de prévention/promotion de la santé existantes - Renforcer l'action communautaire, pour favoriser l'adoption par les citoyens de pratiques favorables à la santé et améliorer l'accès au dépistage et à la vaccination, en particulier pour les personnes éloignées du système - Appuyer les acteurs œuvrant à la réduction des risques, à l'accès à la vaccination et au dépistage pour des publics vulnérables	- Informer, orienter et renforcer le pouvoir d'agir (empowerment), et ce via le fait de : - Identifier et soutenir des groupes cibles en matière de soins de santé - Renforcer les connaissances et l'empowerment en matière de santé des groupes-cibles sur des thèmes spécifiques - Identifier et signaler les obstacles structurels rencontrés par les groupes cibles
Par qui ?	19 travailleurs sociaux (aux profils variés)	12 travailleurs en équipes de 2 à 4 par zone	19 travailleurs (aux profils variés) - 5 équipes de 3 à 5 CPPS	16 travailleurs (assistants sociaux ou infirmiers aux parcours variés)
Pour qui ?	Les habitants et usagers d'un quartier, particulièrement ceux qui sont fragilisés et éloignés des services sociaux et de santé	Les habitants et usagers d'un quartier, particulièrement ceux qui sont fragilisés et éloignés des services sociaux et de santé	- Les actrices et acteurs social-santé - Les habitants et usagers d'un Bassin, particulièrement ceux qui sont fragilisés et éloignés des services sociaux et de santé	Des groupes ciblés (selon les campagnes de prévention) d'habitants fragilisés de la région bruxelloise
Où ?	1 RAQ = 1 quartier = 1 partenaire hôte Dans 19 quartiers Chaque RAQ est hébergé par un 'partenaire' (un service ambulatoire social-santé), point de départ du travail mené Se déplacent dans tout Bruxelles si nécessaire	Répartis sur 4 zones de la RBC qui comprennent de 2 à 4 quartiers Pas d'ancrage dans des locaux fixes, les activités se font dans divers locaux de partenaires Se déplacent dans tout Bruxelles si nécessaire Dispositif présent aussi dans les autres régions	3 à 5 CPPS dans chacun des 5 Bassins d'aide et de soins Se déplacent dans tout Bruxelles si nécessaire	Selon la campagne menée : appels téléphoniques des habitants ciblés de la région bruxelloise, ou d'une partie de celle-ci Les CeS travaillent au sein de 5 mutualités participant au dispositif (les mutualités socialiste, chrétienne, libérale, neutre et libre). Dispositif présent aussi en Wallonie
Comment ?	Les RAQ adaptent leurs actions à la réalité de leur quartier. Ils développent leurs actions via : - une démarche de travail social communautaire, que ce soit au travers de leurs actions individualisées, en groupe ou communautaires - une démarche d'aller-vers et d'outreach - la construction d'un maillage à l'échelle du quartier (mise en lien avec et entre les acteurs du social-santé du quartier) - une orientation individuelle des habitants vers les services social-santé - des actions collectives d'information, de prévention ou de promotion de la santé	Les CHW informent, redirigent et/ou accompagnent individuellement les personnes vulnérables qu'ils rencontrent, afin de leur faciliter l'accès aux soins de santé. Ils ajustent leurs actions à la réalité de leur quartier. Ils développent leurs actions via : - une démarche d'aller-vers, de proximité - la construction d'un maillage à l'échelle du quartier - une orientation et accompagnement individuel - des activités de groupe de renforcement de la littératie en santé et l'autonomisation des habitants	Les CPPS développent 4 types d'activités principales : - La récolte et la diffusion d'informations de prévention via des publications, dont l'<i>Info prévention santé</i>, ainsi que des sensibilisations sur ces thématiques en réponse aux besoins - L'organisation mensuelle de '<i>Rendez-vous de la Prévention Santé</i>' dans des quartiers au sein de chaque Bassin et à destination d'une population éloignée des campagnes et des dispositifs de prévention - Des actions spécifiques en collaboration avec les acteurs de la ligne 0.5 pour des publics en grande vulnérabilité	Les CeS développent 2 types d'activités de prévention et de promotion de la santé : - appels téléphoniques proactifs, démarche d'aller-vers en distanciel vers des Bruxellois ciblés pour une campagne de prévention précise. Évaluation des besoins des personnes contactées, sensibilisation et informations santé et accès aux soins - des ateliers de prévention santé ou d'information sur l'accès aux soins pour le public et/ou les professionnels de bureaux de mutualités



En détail

3.1 Contexte général

3.1.1 Introduction et mise en perspective

Les dispositifs présentés dans cette publication ont vu le jour ou sont en lien direct avec le contexte de pandémie COVID-19 et la stratégie ALCOV (Agir Localement Contre le Virus) développée et coordonnée par la Commission communautaire commune (Cocom) en région bruxelloise. Le but de cette stratégie était d'assurer une mission d'information, de sensibilisation et de relais local dans le cadre de la lutte contre le virus auprès de la population bruxelloise (compréhension des mesures sanitaires, accès à la vaccination, orientation vers les services de santé et sociaux, etc.).

Les dispositifs mis en œuvre sont le fruit de multiples constats, rapportés tant par le terrain que par les pouvoirs publics³, dont les suivants :

- les mesures de confinement ont créé une rupture de lien social difficile à vivre pour tous, mais plus particulièrement pour les personnes isolées et/ou fragilisées. Cet isolement a eu des conséquences non négligeables sur la santé physique et mentale d'une partie des habitants ainsi que sur la cohésion sociale en région bruxelloise.

- les inégalités sociales préexistantes ont été exacerbées pendant la crise. Des Bruxelloises et Bruxellois ont été coupés de leur droit (guichet non accessible, isolement, peur, etc.) et les personnes en situation de pauvreté ont été les plus durement touchées.
- la crise du COVID-19 a démontré le manque de lien entre les autorités publiques et la population. Elles ont rencontré des difficultés tant pour s'adresser aux Bruxelloises et Bruxellois que pour comprendre les difficultés particulières qu'ils vivent. La fracture linguistique, numérique, l'inégalité d'accès aux sources d'information dont, pour certains, l'absence d'écoute des canaux de communication traditionnels comme les médias belges, les différences de cadre de vie (surpopulation dans certains logements, capacité à stocker de la nourriture, etc.) et la faible littératie⁴ en santé ont été sous-estimées dans les mesures de confinement imposées à tout le monde. Face à cette faiblesse de *community engagement*⁵, il est apparu nécessaire de mettre en place des dispositifs capables d'être en lien et proche de la population au cours de la crise et de les pérenniser par la suite en prévision de futures crises sanitaires potentielles.

³ Ces constats ont été abordés pendant et après la crise tant dans des publications de fédérations de services que lors de réunions de travail organisées par le cabinet du Ministre de la santé et du social (ex GT Accès aux droits).

⁴ Aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite ou orale dans la vie courante en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités.

⁵ Voir lexique.

- les acteurs et actrices social-santé de 1^{ère} ligne, de 2^{ème} ligne et du bas seuil (ligne 0.5)⁶ touchent leurs usagers, leurs publics, mais pas toute la population : « Il y a un trou, les gens qui n'ont pas recours aux services ou prestataires, personne ne s'en occupe en région bruxelloise » (un mandataire public). Or la crise sanitaire a mis en lumière des personnes fragilisées 'invisibilisées' et de nouveaux publics précarisés par la crise et la fragilisation du marché du travail. Dans ce contexte, une dynamique 'd'aller-vers' et de 'ligne 0' (travail communautaire)⁷ est nécessaire.
- les travailleurs sociaux sur le terrain pendant la crise du COVID-19 ont constaté que la santé n'est pas toujours une priorité pour les personnes fragilisées. « *Ils disaient : 'Moi, je ne vais pas me faire vacciner tant que la poubelle dans la rue n'est pas réparée ou tant que l'eau coule dans mon logement social.'* » (un mandataire public). Les politiques sanitaires et de santé publique ne pouvaient donc pas faire abstraction des problèmes sociaux.

Ces éléments ont poussé les autorités à soutenir, ou mettre en place, des démarches d'aller-vers' la population, dont des dispositifs ou projets maintenus, précisés ou réorientés depuis la fin de la crise du COVID-19 :

Les autorités fédérales, via les mutuelles, ont mis en place un nouveau dispositif : les Community Health Workers - CHW axé sur une démarche d'information et d'accompagnement pour l'accès à la santé dans des quartiers fragilisés.

Les autorités bruxelloises, via la Commission communautaire commune⁸, ont mis en place pendant la crise du COVID-19, trois nouveaux dispositifs visant à améliorer la prévention sanitaire⁹ de manière structurelle et universelle (auprès de l'ensemble de la population et au contact le plus proche de celle-ci) dans une logique de responsabilité populationnelle¹⁰. Les trois dispositifs sont axés sur la démarche 'd'aller-vers'. L'un, le projet des Conseillers en Santé, est axé sur un contact proactif individualisé par téléphone de publics ciblés. Les deux autres développent une démarche de travail communautaire, mais l'un, les Relais d'Action Quartier - RAQ, a un centrage particulier sur les déterminants sociaux de la santé dans des quartiers fragilisés, tandis que l'autre, les Chargés en Prévention et Promotion Santé - CPPS, cible la prévention sanitaire.

Précisons que le dispositif RAQ s'appuie sur une vingtaine d'organisations du secteur ambulatoire, les partenaires hébergeurs, dont certains sont francophones, néerlandophones, ou bicommunautaires (voir chapitre 3.2.1.3) qui assurent une intégration au plus proche des citoyens. Le dispositif des CPPS a été intégré aux Bassins d'aide et de soins¹¹.

À côté de ces 'nouveaux dispositifs', les pouvoirs publics et les associations ont cherché à soutenir les publics les plus touchés par les conséquences directes ou indirectes de la crise du COVID-19 (aide alimentaire, orientation vers les services d'aide financière et administrative, accès à l'énergie et l'eau, aide aux familles, soutien psychosocial aux enfants et jeunes, aux seniors et adultes isolés, etc.).

Ces quatre dispositifs (RAQ, CHW, Conseillers Santé, et les CPPS) qu'on peut considérer comme des 'nouveaux dispositifs' d'aller-vers' la population bruxelloise, nés de la crise du COVID-19, maintenus après cette crise et ayant pour visée la préparation à d'autres crises potentielles et de manière plus large la prévention et promotion de la santé, sont présentés successivement dans ce Panorama. Enfin, nous présenterons succinctement d'autres projets d'aller-vers' pour des publics fragilisés et éloignés des services, travaillant autour de la santé et de ses déterminants sociaux, qui ont vu le jour pendant la même période. Certains de ces dispositifs ont déjà été actionnés pour d'autres crises (accueil des Ukrainiens, crise de l'énergie, etc.).

3.1.2 Comment situer ces nouveaux dispositifs dans le cadre de l'organisation social-santé ?

3.1.2.1 Accès et organisation de l'aide et des soins

L'offre de soins, d'aide et d'accompagnement aux Bruxelloises et Bruxellois est mise en œuvre par un vaste ensemble de services. Leurs rôles sont variés. Leur niveau d'accessibilité par les habitants l'est également.

Dans le **secteur de la santé francophone**, on parle couramment de **ligne de soins**, faisant référence à l'accès aux soins : la 1^{ère} ligne, services de 1^{er} contact pour exprimer une demande de soins, et la 2^{ème} ligne, services vers lesquels l'utilisateur est référé par la 1^{ère} ligne. L'organisation des soins est, elle, abordée via des '**niveaux de soins**' : santé communautaire,

⁶ Informations sur la notion de lignes dans le secteur de la santé et le secteur social : voir plus bas.

⁷ Voir lexique.

⁸ La Cocom est la commission bicommunautaire en région bruxelloise.

⁹ Des agents qui aident à la mise en pratique de mesure sanitaire sans être des agents de contrôle, comme l'étaient les field agents ou les call centers pendant la pandémie COVID-19.

¹⁰ Voir lexique.

¹¹ Voir dans le lexique les informations concernant le Plan Social Santé Intégré - PSSI.

soins primaires, secondaires (spécialisés), tertiaires (hyperspécialisés). D'autres organisations ont comme fonction un appui aux travailleurs de terrain (services d'appui, coordinations, réseaux, etc.), un niveau dit '1,5'¹².

Dans le secteur du 'zorg' (soins et aides aux personnes ayant besoin de soins formels ou informels) néerlandophone, on parle également de ligne de soins, mais ces termes ne recouvrent pas exactement la même réalité. Pour eux, il existe cinq lignes différentes au sein des soins de santé : la première ligne est constituée par les soins locaux directement accessibles, tels que le médecin généraliste, les soins infirmiers à domicile, l'assistant social, etc. La deuxième ligne est celle des soins spécialisés après orientation par le médecin généraliste, comme un dermatologue ou un cardiologue, par exemple. Les soins de troisième ligne sont des soins spécialisés dispensés à l'hôpital ou dans des centres, tels que la rééducation, les procédures spécialisées, etc. Les soins de 4^{ème} ligne sont les soins hautement spécialisés dispensés par des hôpitaux universitaires. La ligne zéro correspond aux soins à bas seuil, tels que les soins informels, les centres de crise ou la ligne d'aide au suicide¹³.

Dans le **secteur social francophone**, la notion de ligne existe, mais les termes ne recouvrent pas toujours la même chose que dans le secteur santé : la 1^{ère} ligne désigne les organisations de 1^{er} contact avec une demande d'aide (aide ambulatoire, à domicile, etc.). La 2^{ème} ligne désigne couramment les organisations d'appui aux travailleurs de terrain (services d'appui, coordinations, réseaux, etc.) et une 3^{ème} ligne (services d'expertises ou d'appui spécialisés) vient en soutien des organisations de la 2^{ème} ligne, aux responsables de services, aux autorités publiques, etc.

Précisons que, tant dans le secteur social que de la santé, certaines organisations peuvent cumuler une offre correspondant à plusieurs lignes ou niveaux.

La question de l'éloignement d'une partie des Bruxellois et Bruxelloises des services de soins de 1^{ère} et 2^{ème} ligne et d'aide de 1^{ère} ligne ne date pas de la période de la pandémie. Le non-recours et le nonaccès aux droits et services sont des thématiques régulièrement abordées par les professionnelles et professionnels, dans des publications¹⁴, colloques, etc. Les obstacles à l'accès à l'aide et aux

soins sont de divers ordres : seuil de confiance que peut avoir une personne envers une autorité, un service ou un professionnel; seuil de compétence d'une personne à exprimer une demande selon des codes et une manière que peut comprendre un professionnel et à laquelle celui-ci peut donner suite; seuil d'accessibilité de l'organisation (accessibilité géographique, physique, temporelle, linguistique, financière, conditions d'accès, état de saturation, etc.); seuil d'attente d'efficacité des solutions proposées; etc.¹⁵ La crise du COVID-19 a exacerbé et mis en lumière ces inégalités.

Des travailleuses et travailleurs de terrain ont développé des approches, des compétences spécifiques et des modes d'intervention adaptés à l'accueil de publics éloignés des services de 1^{ère} ligne de par leur fragilité. Ces publics (dont certains sans-abri, travailleurs du sexe, toxicomanes, (ex-) détenus, parents solos isolés, seniors isolés) cumulent parfois une situation de vulnérabilité, d'insécurité, de stigmatisation, de faible réseau social, d'invisibilité (hors des radars), de vécu de violences institutionnelles, de non demande, etc.¹⁶ Dans le monde francophone, ces travailleuses et travailleurs s'identifient comme du 'bas-seuil', 'fonction inclusive', ou ligne 0.5. Sorte de premier recours de ces usagers. La ligne 0.5 se place sous la 1^{ère} ligne de santé et de soins. Elle étend son degré d'accessibilité en allant parfois à la rencontre des publics sur leurs lieux de vie (outreach). Elle a un rôle de sensibilisation de la 1^{ère} ligne aux besoins de ces publics et d'appui pour renforcer la capacité des professionnelles et professionnels à les accueillir.

La démarche communautaire¹⁷ en santé ou en travail social, quant à elle, peut être placée à un niveau (secteur santé) ou ligne (secteur social) 0, telle une fondation de la 1^{ère} ligne¹⁸. Il s'agit de développer des initiatives participatives et collectives, visant à apporter une solution structurelle collective et solidaire à un besoin ou problème commun et favorisant l'empowerment des participants dans une perspective de changement social, d'amélioration des déterminants de la santé, de lutte contre l'isolement et les mécanismes d'exclusion sociale et culturelle. Cette démarche est 'universelle' (ne cible pas à priori une thématique ou un sous-groupe précis) et est au plus proche de la population.

¹² Vignes Maguelone & Roland Michel, 2022.

¹³ Source : <https://www.eerstelijnszone.be/wat-een-eerstelijnszone-2>

¹⁴ Voir entre autres : INAMI & Médecin du monde (Ed), 2014; Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, 2017; Forum - Bruxelles contre les inégalités (Ed), 2017; Myaux Deborah, Serré Alexia & Justine Vleminckx, 2020; Feron Pauline & Maisin Charlotte, 2022.

¹⁵ Voir Edland-Gryt Marit & Skatvedt Astrid Helene, 2013.

¹⁶ Di Biagi et al 2022, « L'accueil des plus vulnérables au sein de la fonction 0.5, une fonction d'adaptation? » - référence reprise dans Vignes Maguelone & Roland Michel, 2022.

¹⁷ Voir lexique.

¹⁸ Vignes Maguelone & Roland Michel, 2022, p. 18.

Termes utilisés dans le secteur santé francophone ²¹		Termes utilisés dans le secteur du 'zorg' (aide et soins) néerlandophone	Termes utilisés dans le secteur social francophone	
Organisation des soins : Niveaux de soins (selon OMS)	Accès aux soins : lignes de soins		Offre d'appui aux professionnels	Offre pour la population
Niveau tertiaire : services hyperspécialisés à forte technicité (centres hospitalo-universitaires, etc.)		4^{ème} ligne : soins hautement spécialisés dispensés par des hôpitaux universitaires		
Niveau secondaire : hôpitaux généraux et services spécialisés (hôpitaux régionaux, spécialistes, les centres de santé à orientation spécifique, les centres spécialisés, etc.)	2^{ème} ligne : services vers lesquels l'utilisateur est référé	3^{ème} ligne : soins spécialisés dispensés à l'hôpital ou dans des centres, tels que la rééducation, les procédures spécialisées 2^{ème} ligne : services vers lesquels l'utilisateur est référé	3^{ème} ligne : services spécialisés d'appui à la 2 ^{ème} ligne, aux responsables, aux autorités (observatoires, services statistiques et données, d'analyse, etc.)	
Niveau 1,5 : structures d'appui qui soutiennent le niveau primaire de l'offre			2^{ème} ligne : services d'appui aux professionnels de terrain (services d'appui, coordinations, réseaux, etc.)	
Niveau primaire : soins de santé primaire	1^{ère} ligne : services de 1 ^{er} contact	1^{ère} ligne : services de 1 ^{er} contact		1^{ère} ligne : services de 1 ^{er} contact
	Ligne 0.5 : services experts dans l'accueil de publics en situation de fragilité, avec des difficultés d'accès aux services. Ces services ciblent des publics précis	Ligne 0 : soins à bas seuil, tels que les soins informels, les centres de crise, la ligne d'aide au suicide, etc.		Ligne 0.5 : services experts dans l'accueil de publics en situation de fragilité, avec des difficultés d'accès aux services. Ces services ciblent des publics précis
Niveau 0 : santé communautaire ou démarche communautaire en santé				Ligne 0 : travail communautaire ou démarche communautaire en travail social

Dans la suite de la publication, ce sont les termes dans le sens francophone qui seront utilisés, car c'est ainsi qu'ils sont le plus couramment employés par les dispositifs en question.

Certains services de 1^{ère} ligne, comme les services sociaux généralistes ou les maisons médicales, ont dans leurs missions le développement d'une démarche communautaire complémentaire à leur offre individuelle. Dans les faits, leurs services de 1^{ère} ligne sont souvent saturés¹⁹ et leurs moyens disponibles pour le travail communautaire sont actuellement réduits. Leurs actions collectives sont de ce fait souvent limitées à des activités de groupe ou en groupe²⁰ et centrées sur leurs usagers.

Certains des nouveaux dispositifs mis en place par les autorités sont centrés sur la démarche communautaire, en complémentarité aux services sociaux-santé existants.

Sur base du cadre d'accessibilité, on pourrait situer les dispositifs présentés dans ce Panorama comme suit :

- Les Relais d'Action de Quartier - RAQ ont une démarche qui vise la ligne 0 (démarche communautaire)
- Les Community Health Workers - CHW ont une pratique de 1^{ère} ligne (permanences santé) et de ligne 0.5 (maraudes)

¹⁹ Voir Willaert Alain, Marziali Valentina, 2024.

²⁰ Voir lexique - encadré suivant la définition de travail communautaire.

- Les Chargés de prévention et promotion santé - CPPS démarrent des activités de prévention et de promotion de la santé de niveau 0 (activités dans les Bassins), participent à des activités de niveau primaire (infos et sensibilisation prévention et promotion santé) et offre un appui (niveau 1,5 et 2^{ème} ligne) aux professionnelles et professionnels de ligne/niveau 0, de ligne 0.5, de 1^{ère} ligne et 2^{ème} ligne/niveau secondaire
- Les Conseillers en Santé - CeS ont une pratique de ligne 0.5 (appels téléphoniques proactifs) et de 1^{ère} ligne (ateliers santé).

3.1.2.2 Les dispositifs d'aller-vers' ou d'outreach

La mise en œuvre de l'offre de soins, d'aide et d'accompagnement aux Bruxelloises et Bruxellois prend diverses formes. Une majorité de services accueillent leurs publics dans leurs locaux le temps d'une consultation, d'une activité (offre ambulatoire²²) ou hébergent leurs publics (offre résidentielle). D'autres ont une démarche 'd'aller-vers', qui correspond « à des modes d'intervention 'hors les murs' qui amènent les travailleurs sociaux à sortir physiquement de leur structure pour aller à la rencontre des populations dans leurs milieux de vie, que ce soit le domicile, dans l'espace public ou dans les lieux tels que les squats ou les bidonvilles. Ce déplacement peut également s'opérer de manière virtuelle, lorsque l'entrée en relation se fait par téléphone, SMS, mail ou via les réseaux sociaux en ligne »²³.

Actuellement, en région bruxelloise, divers services ou organisations font du 'hors murs' : travail à domicile, en squat, travail de rue, en milieu festif, en prison, centres fermés pour demandeurs d'asile, travail numérique ou par téléphone, etc. Cette forme d'offre d'aide ou de soins est développée dans divers secteurs tels que la santé mentale ou l'aide aux seniors, personnes en situation de handicap, familles dont des parents solos, jeunes, sans-abri, travailleurs du sexe, toxicomanes ou des (ex-) détenus. Les aides ou soins apportés peuvent être de nature variée et répondre à diverses approches : des soutiens aux individus ou familles via une présence et écoute, de l'information, l'orientation vers des services adaptés, des aides ou soins 'classiques', des aides matérielles (aide alimentaire, produits divers, etc.); ou des soutiens à des groupes ou communautés pour l'organisation d'activités ou l'élaboration de projets, etc.

Vision 'classique' de l'aller-vers'

La démarche 'd'aller-vers' n'est pas nouvelle. Dès les 19^{ème} siècle, pour des enjeux de proximité, apparaissent des démarches visant à visiter les 'pauvres' dans leur lieu de vie, qu'il s'agisse du domicile ou de la rue. L'idée d'intervenir sous la forme d'immersions plus ou moins longues dans les quartiers pauvres des grandes villes émerge à la même époque.

Durant la période suivant la 2^{ème} guerre mondiale, des services d'aide et de soins à domicile pour les familles et/ou des seniors se déploient dans un contexte de nucléarisation de la famille et d'affaiblissement des solidarités proches. Les prestations au domicile des personnes de médecins généralistes, infirmiers et autres prestataires d'aide ou de soins deviennent courantes.

Vision contemporaine de l'aller-vers' ou d'outreach

Les démarches d'aller-vers' connaissent depuis les années 1980 une forme d'actualisation dans un contexte international qui met en exergue la nécessité d'améliorer l'accès aux soins de santé primaire. En effet, en 1978, la déclaration d'Alma-Ata est adoptée à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires organisée conjointement par l'OMS et UNICEF. Elle est le fruit du consensus mondial exprimant la nécessité d'une action urgente envers l'amélioration des soins de santé primaires afin d'atteindre un minimum de qualité de vie au niveau mondial pour l'an 2000.²⁴

C'est à cette période qu'en Belgique la démarche d'aller-vers' s'est particulièrement diffusée dans le cadre de programmes de prévention sanitaire pour jeunes consommateurs de drogues et/ou d'alcool. « Ce mode d'intervention s'institutionnalise alors sous la dénomination de 'travail de rue' et s'accompagne d'un mouvement de professionnalisation, dans lequel la démarche d'aller-vers' s'envisage moins comme une posture d'intervention que comme le cœur même de l'activité. »²⁵

En parallèle, émerge une réflexion de nature éthique quant au positionnement du professionnel dans la relation de soutien : « un déplacement de la posture professionnelle dans le sens d'une 'ouverture vers la personne dans ce qu'elle est globalement (et sans jugement a priori sur celle-ci)' »²⁶ Certains utilisent le terme d'outreach' pour différencier cette vision par rapport à un 'aller-vers' plus 'classique'.

²² Voir lexique.

²³ Parisse Jordan & Porte Emmanuel, 2022, p. 9.

²⁴ Organisation Mondiale de la Santé, 1978

²⁵ Parisse Jordan & Porte Emmanuel, 2022, p. 11.

²⁶ Ibidem, p. 10.

Les démarches d'aller-vers' et/ou d'outreach se sont multipliées depuis une trentaine d'années suite à divers éléments :

- l'émergence de programmes et de politiques sociales dites de 'développement social local' ou 'de proximité' visant à dépasser les approches verticales et sectorielles de l'organisation sociale-santé. Ces programmes portent une attention spécifique à la lutte contre l'isolement social et relationnel de personnes fragilisées au même titre qu'à la précarité matérielle et promeuvent une logique préventive de l'intervention sociale ou sanitaire. Cette vision offre aux démarches d'aller-vers' un nouveau terrain de mise en œuvre;
- les besoins de ce type d'approche exprimés par les citoyens (par exemple : aides et soins 'à domicile' pour les seniors ou personnes souffrant de problématiques de santé mentale);
- la reconnaissance par les autorités de l'enjeu lié à la lutte contre le non-recours aux droits et services : *« La mise en évidence des différentes formes de non-recours aux droits et aux dispositifs – non-connaissance, non-demande, non-proposition, non-réception –, leur mesure et l'explicitation de leurs mécanismes générateurs invitent à modifier les modalités de délivrance des aides et, ce faisant, le mode de relation avec le public. (...) L'accès aux droits et la lutte contre le non-recours impliquent alors d'aller-vers les personnes qui ne demandent pas d'aide, voire [...] la refusent. Les services sociaux ne peuvent en effet demeurer dans une attitude qui consiste à attendre les personnes à leur bureau afin ensuite de traiter des dossiers à remplir pour ouvrir des droits ou des aides d'urgence. [...] L'accès aux droits fondamentaux passe alors par une démarche qui consiste à sortir de son bureau, pour aller physiquement vers les personnes, afin de contrebalancer les attitudes de renoncement, de non-concernement et d'isolement, dans un travail d'accès vers la citoyenneté. »*²⁷

Tous les dispositifs qui sont présentés dans ce Panorama comprennent des démarches d'aller-vers', selon divers modes d'intervention.

3.2 Les Relais d'Action de Quartier - RAQ

3.2.1 Présentation du dispositif

3.2.1.1 Présentation générale

Le dispositif des Relais d'Action de Quartier (RAQ) a vu le jour en 2021. Il est mis en œuvre par une vingtaine de travailleurs et travailleuses sociales (RAQ) travaillant dans des quartiers bruxellois. Ces travailleurs font partie de l'équipe de la Fédération des services sociaux bicommunautaires. Les RAQ développent leurs actions au départ des besoins des habitants et usagers sur base d'une démarche communautaire. Le but est de créer des liens de proximité avec les habitants, de répondre à leurs besoins sur des aspects qui sont considérés comme des déterminants sociaux de la santé et l'accès aux droits et services. Ils favorisent les liens avec et entre les actrices et acteurs social-santé du quartier.

Chaque RAQ travaille en collaboration étroite avec une organisation du quartier dans laquelle le RAQ est ancré, le partenaire hébergeur.

1 RAQ = 1 quartier = 1 partenaire hébergeur

Le RAQ n'a pas de thématique de travail ni de public-cible précis prédéfinis, ni d'institution précisant les limites de ses interventions²⁸. Il va, de manière pro-active, vers les habitants fragilisés et éloignés des services sociaux et de santé : habitants du quartier, usagers de l'espace public (passants, personnes sans-abri), usagers des services et commerces, etc. Il travaille ainsi en complémentarité avec les actrices et acteurs sociaux-santé existants, dans une logique d'aller-vers' et de responsabilité populationnelle²⁹.

Le **partenaire hébergeur** joue, quant à lui, un rôle important qui permet l'ancrage du RAQ, le partage de ses connaissances du quartier et de son expertise dans son mode d'action social. Il est le point de départ du travail mené par les RAQ.

Les RAQ sont soutenus méthodologiquement dans leur démarche communautaire par le **dispositif BRI-Co** (Bureau de Recherches et d'Investigations sur le Commun)³⁰, ces deux dispositifs étant imbriqués au sein de la Fédération des services sociaux bicommunautaires (FDSSB)³¹ : les 7 membres de l'équipe BRI-Co (dont plusieurs font également partie de l'équipe Recherche d'action de la fédération)

²⁷ Parisse Jordan & Porte Emmanuel, 2022, pp. 12-14.

²⁸ En dehors du cadre défini par le pouvoir subsidiant pour ce dispositif.

²⁹ Voir le Lexique.

³⁰ Voir le chapitre « Comment ».

³¹ La Fédération des Services Sociaux Bicommunautaires FDSSB est un nom peu connu, il est plus connu sous le label FDSS. En effet, il existe organisationnellement deux asbl intimement liées : la fédération des services sociaux FDSS qui regroupe des organisations francophones actives en Wallonie ou à Bruxelles et la FDSSB qui regroupe des organisations bicommunautaires. La FDSS est l'institution garante de la cohérence entre ces deux asbl (FDSSB et FDSS) et les diverses associations qu'elles représentent, et ce sont les mêmes personnes qui représentent les 2 fédérations dans les diverses instances. Voir <https://www.fdss.be/fr/a-propos/historique/>

proposent un outil de diagnostic de quartier qui donne la parole aux habitants sur leurs besoins, priorités et les réponses concrètes à mettre en place dans leur quartier.

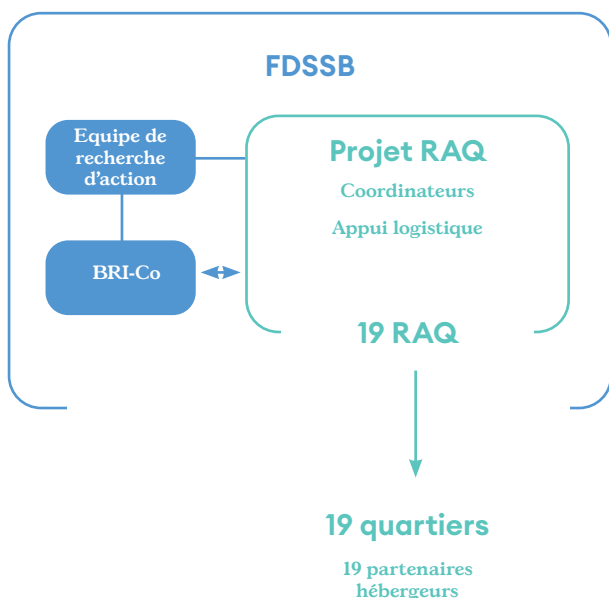
Le dispositif RAQ est coordonné par la FDSSB et subventionné par la Commission communautaire commune (Cocom).

La coordination de l'équipe RAQ au sein de la FDSSB permet le lien entre ces travailleuses et travailleurs détachés dans les quartiers et leur propose un soutien méthodologique dans leurs différents projets et questionnements. Elle organise également un espace hebdomadaire consacré à la coordination, l'intervision et la formation de l'équipe ainsi qu'à la co-construction du projet et la cohésion de l'équipe.

L'équipe bénéficie également d'un appui de l'équipe de recherche-action de la FDSSB. Cette dernière offre ainsi aux RAQ :

- la publication de divers rapports et outils de communication
- un processus de recherche-action selon les questionnements du terrain

Concrètement, le dispositif RAQ est organisé ainsi :



3.2.1.2 Quoi ?

Les objectifs, missions et priorités des RAQ ont évolué dans le temps, en parallèle de l'évolution du contexte de la pandémie, et continuent à le faire sur base des constats et réflexions sur le terrain.

Les objectifs selon le cadre légal

Le dispositif RAQ a été mis en place afin de créer ou renforcer un 'community engagement' dans le cadre de la crise sanitaire du COVID. Ses objectifs sont précisés dans les arrêtés de subventionnement de la FDSSB par la Commission Communautaire Commune.

Jusqu'en mai 2022, les activités des RAQ visaient :

« à renforcer les actions locales de sensibilisation, d'information et d'orientation autour de la vaccination Covid-19 par l'approche communautaire au sein des quartiers les plus pauvres, qui ont été les plus touchés par le virus Covid-19 »³².

En 2023, les objectifs ont été précisés :

« 1. Renforcer le maillage des acteurs locaux ainsi que l'interconnaissance entre les acteurs locaux et ce, en s'intégrant notamment dans la dynamique des Contrats Locaux Social Santé.

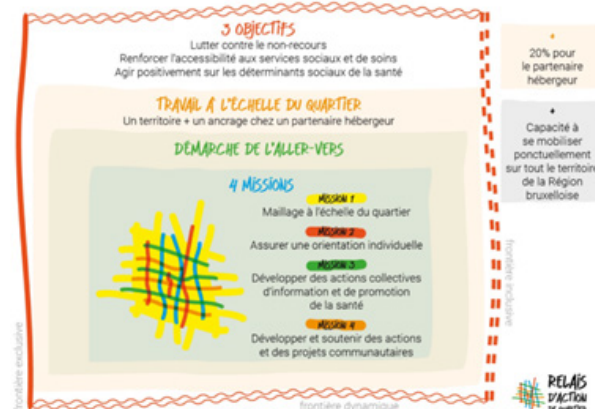
2. Sensibiliser des publics cibles en se basant sur les outils développés dans le cadre des campagnes de promotion de la santé.

3. Renforcer les actions communautaires dans les quartiers ciblés par le projet.

4. Développer une approche 'outreach' dans le cadre de l'accompagnement. »³³

Les missions

Les RAQ se sont approprié le projet et présentent leurs missions actuelles ainsi :



<https://raq.brussels/fr/>

³² Arrêté de subvention 21/325 de la Cocom accordant un subventionnement à l'asbl FDSSB pour l'année 2021 - Note aux membres du collège réuni de la Commission communautaire commune.

³³ Arrêté de subvention 23/0177 du Collège réuni de la Commission communautaire commune accordant un subventionnement à l'asbl FDSSB pour l'année 2023.

Notons que, comme l'indique ce schéma, les travailleuses et travailleurs RAQ peuvent consacrer 20% de leur temps de travail au partenaire hébergeur, si celui-ci le demande. Le reste de leur temps de travail est dédié aux missions RAQ en partenariat avec les actrices et acteurs locaux.

Dans le futur ?

L'équipe RAQ propose de faire évoluer ses missions dès 2025.

« Le temps de travail des RAQ sera recentré à 100% sur le travail RAQ et ses divers aspects de travail social communautaire, dans une visée d'évolution structurelle des quartiers vers plus de démocratie, de robustesse, d'accès aux droits, de collectivisation des difficultés et ressources, et vers une diminution des inégalités (agir sur les inégalités sociales permettant d'agir sur les inégalités de santé). » (Coordinateur).

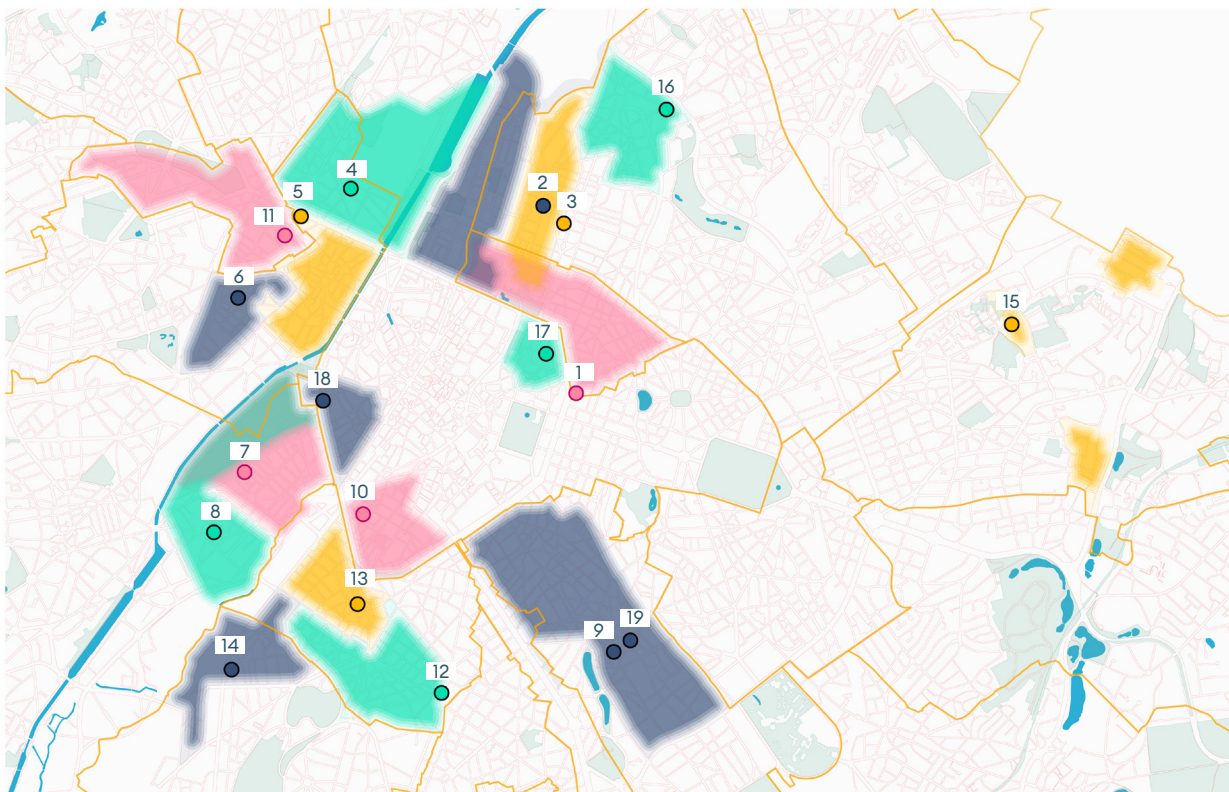
Il s'agit à ce stade d'une proposition qui devra être validée par les ministres compétents.

3.2.1.3. Où ?

Les quartiers dans lesquels sont implantés les RAQ ont été sélectionnés sur base de données épidémiologiques et sociodémographiques³⁴. Ils ne correspondent pas aux 'quartiers monitorings', mais ils se déploient au sein de quartiers social-santé³⁵.

Le nombre de 'quartiers RAQ' (et donc de travailleurs et travailleuses et de partenaires hébergeurs) a évolué selon les disponibilités financières et priorisations budgétaires : de 18 en 2021, leur nombre a atteint 26 en 2022, pour redescendre à 19 depuis 2023. Les 19 quartiers actuels comprennent les 18 quartiers initiaux.

Voici la configuration actuelle :



³⁴ La sélection a été faite sur base du revenu médian, proportion de personnes atteintes du diabète, densité de population, densité des personnes âgées au-delà de 65 ans et taille moyenne des ménages. Au départ du projet, le taux de vaccination au covid-19 est également entré en compte. Les quartiers RAQ couvrent de 2 à 3 secteurs statistiques et comprennent de 10.000 à 15.000 habitants. Les territoires RAQ ont été choisis de manière complémentaire à ceux où sont actifs les CHW.

³⁵ Voir lexique.

Quartiers RAQ	Hébergeurs
1. RAQ Saint-Josse-Ten-Node	CAP Brabantia (Caritas)
2. RAQ Schaerbeek - Quartier nord	Centre de Développement et d'Animation Schaerbeekois - CEDAS
3. RAQ Schaerbeek - Quartier brabant	Services sociaux des Quartiers-1030 - Wijkmaatschappelijk Werk-1030
4. RAQ Molenbeek-Saint-Jean - Quartier maritime	Centre communautaire Maritime
5. RAQ Molenbeek-Saint-Jean - Molenbeek historique	Solidarité savoir - Ribaucare
6. RAQ Molenbeek-Saint-Jean - Gare de l'ouest	CAP La Porte verte - Snijboontje
7. RAQ Cureghem Bara et Rosée	Les Pissenlits
8. RAQ Cureghem Rosée et Vétérinaire	Wijkgezondheidscentrum Medikuregem
9. et 19 : les 2 RAQ Ixelles collaborent sur un territoire comprenant : Matonge, Louise Longue-Haie, Flagey-Malibran, Hôpital Etterbeek-Ixelles)	Centre de Service Social de Bruxelles Sud-Est - CSSBSE et CSSBSE - Boondael
10. RAQ Bruxelles - Marolles	Entr'Aide des Marolles
11. RAQ Koekelberg	CAP Les amis d'accompagner
12. RAQ Saint-Gilles - Bosnie	Service social juif
13. RAQ Saint-Gilles - Porte de Hal	Entraide Saint-Gilles (Brabantia)
14. RAQ Forest - Haut Saint-Gilles, Van Volxem et Bas-Forest	LD3 - Miro
15. RAQ Woluwe-Saint-Lambert	Wolu-Services
16. RAQ Schaerbeek - quartier Collignon - chaussée d'Haecht	Episol
17. RAQ Bruxelles - Madou	Espace Cultures & Développement
18. RAQ Bruxelles - Anneessens	Espace Social Télé Service

Les partenaires hébergeurs sont des services ambulatoires social-santé. Il y en a actuellement 18 : le Centre de service social de Bruxelles sud-est, service organisé de manière décentralisée, accueille 1 RAQ dans 2 de ses antennes. Parmi les partenaires, 10 sont des structures francophones, 2 néerlandophones et 6 bilingues.

Les services sociaux généralistes sont majoritaires et au nombre de 10. Parmi ceux-ci, plusieurs organisations intègrent diverses fonctions : 3 centres social santé intégrés (CSSI), qui intègrent service social, maison médicale et offre en santé mentale ; 1 service intègre action sociale, offre en santé mentale et offre en cohésion sociale; 1 service intègre aide sociale et aide juridique.

4 partenaires sont des espaces de soutien éducatif et culturel reconnus en éducation permanente (Communauté française), en cohésion sociale (Cocof), ou comme école de devoir (ONE) et/ou maison de jeunes (Communauté française).

Il y a également une épicerie sociale, un acteur de promotion de la santé, un wijkgezondheidscentrum (maison médicale) et un lokaal dienstencentrum (centre de services locaux).

3.2.1.4 Comment ?

La mise en pratique de ces missions diffère d'un RAQ à l'autre : elle est liée au quartier (besoins décelés, dynamique interne au quartier), à la formation et l'expérience du RAQ (la moitié de l'équipe a une formation d'assistant social, les autres ont diverses formations³⁶), au partenaire hébergeur (part du soutien interne demandé, soutien à la démarche communautaire ou non, etc.), ...

« J'ai des collègues qui font des choses que je ne fais pas et inversement, c'est une certaine liberté que nous avons, RAQ, à utiliser différentes méthodes de travail qui correspondent aux besoins de notre terrain, mais aussi à nos compétences et à notre partenaire hébergeur. » (RAQ)

Concrètement, voici quelques exemples d'activités³⁷ en lien avec les missions du dispositif :

1. Pratiquer une démarche d'aller-vers' et d'outreach

Les RAQ font diverses démarches pour aller au plus proche de la population : présence dans l'espace public lors de marché, événements de quartier, en circulant à pied dans les rues de manière régulière, en organisant ou participant à des maraudes ou des actions d'outreach d'acteurs et actrices du quartier, etc.

³⁶ La moitié de l'équipe actuelle a une formation d'assistant social. L'autre moitié à une formation de base d'assistant en psychologie, d'éducateur de rue, d'assistant administratif, d'animateur socioculturel, de sociologue, d'anthropologue, d'infirmier en santé communautaire, etc.

³⁷ Vous en trouverez d'autres sur <https://www.raq.brussels/fr/component/sppagebuilder/page/12>

« Je faisais aussi beaucoup d'outreaching individuel (...), notamment avec le point d'infos de quartier, on se plaçait à l'extérieur dans la rue qui est "notre bureau" et on donnait des informations à des personnes, on proposait un café et on discutait un petit peu des différentes associations qu'il y avait dans le quartier et des différents événements, des activités qui étaient possibles, des groupes qui existaient, etc. » (RAQ)

« Au travers du marché, j'ai l'impression qu'on essaye de toucher un peu toute la population. Autant les femmes que les hommes. (...) Et à toucher aussi différentes tranches d'âge. On peut avoir du plus jeune au plus âgé qui va nous solliciter ou vers qui nous allons aller pour pouvoir répondre à leur demande et réorienter. À ce niveau, le marché est une plus-value qui nous permet de rencontrer les habitants de notre quartier. (...) On touche également les enfants, au travers des fêtes de quartier, de l'open Street. L'open Street, c'est une démarche qui a pour but de bloquer plusieurs rues durant l'été. Et toutes les semaines, c'est une rue différente. Le but est de mettre en place des jeux et activités pour les enfants et de permettre aux habitants de se ré-approprier leur quartier et de renforcer les liens communautaires. Nous avons pu y participer l'année passée et nous avons créé du lien autant avec les enfants qu'avec les parents. » (RAQ)

Les BRI-Co organisés pour les RAQ sont également l'occasion de rencontrer des passants : « il y a des personnes qui passent, qui voient qu'on propose du café, qui viennent, qui s'installent. » (RAQ) Ces BRI-Co prennent leur place dans le cadre du projet RAQ comme outil d'identification et de compréhension des facteurs et causes des freins à l'accès aux soins pour une partie de la population et des facteurs de remédiation. Pendant 3 jours, l'équipe BRI-Co, complémentaire aux RAQ, organise la rencontre avec la population d'un quartier dans une ambiance conviviale.

Dans le cadre de leur démarche 'd'aller-vers', les RAQ utilisent des 'objets-liens' particulièrement lors de maraudes. « Venir vers les gens avec quelque chose, ça permet d'ouvrir plus rapidement le dialogue » (coordinateur). Il peut s'agir de flyers des RAQ ou du numéro vert 'Allo? aide sociale'³⁸, de boissons chaudes, de kit de réduction des risques (kit d'hygiène de base, etc.), ...



L'approche locale est au centre du dispositif RAQ mais il a, le cas échéant, la capacité de se mobiliser ponctuellement ailleurs sur le territoire de la région bruxelloise. Ainsi, par exemple, les RAQ russo-phones, mais non Russes, ont été sollicités afin de faciliter le contact et l'information d'Ukrainiens hébergés dans le cadre de la stratégie d'accueil et d'intégration mise en place par les autorités publiques.

La diversité culturelle et linguistique dans l'équipe RAQ est une force pour certaines activités où des collaborations internes à l'équipe sont possibles :

« Dans le projet RAQ, on a une volonté de toucher tout le monde. Et je pense aussi qu'une des forces de notre équipe est qu'elle est multilingue. Il y a des personnes qui parlent russe, turc, espagnol, anglais, néerlandais, arabe, français, lingala, arménien. Donc on peut toucher d'autant plus de monde avec cette force-là qu'à l'équipe. » (RAQ)

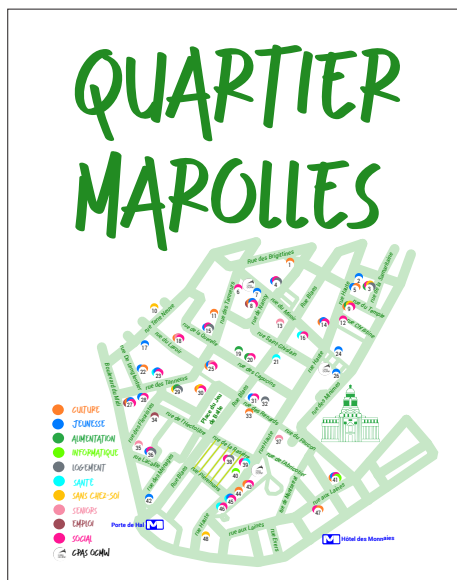
2. Construire un maillage à l'échelle du quartier

Les RAQ voient leur mission de maillage comme une mise en lien avec et entre les actrices et acteurs sociaux-santé du quartier afin de faciliter l'orientation des habitants, l'interconnaissance et la collaboration entre professionnels, entre habitants et professionnels, entre RAQ et acteurs du quartier.

Certains RAQ sont dans des quartiers où un Contrat Local Social Santé (CLSS) et/ou une coordination sociale est active. Ils peuvent alors participer à leurs réunions et y rencontrer d'autres acteurs du quartier. Pour d'autres, ce n'est pas le cas. Ils font alors du 'porte à porte' pour faire connaissance avec les associations et services du quartier.

³⁸ Voir <https://www.fdss.be/fr/membres/allo-aide-sociale-numero-gratuit-bruxelles-0800-35-243/>

Des outils d'information sur les actrices et acteurs du quartier sont créés par les RAQ. Ils répondent à un manque de connaissance et de visibilité du réseau associatif au sein du quartier. Ainsi, on a vu le jour une carte sociale des Marolles, des boussoles thématiques (livrets répertoires) sur un ou plusieurs quartiers, etc.



« (...) c'est un peu compliqué de rencontrer tous les acteurs sociaux au travers de la coordination sociale comme le font d'autres communes. (...) Pour pouvoir vraiment rencontrer les associations, on a un peu retroussé les manches, on est allé rencontrer les associations pour pouvoir se faire connaître, connaître aussi le monde associatif de notre quartier. » (RAQ)

« Nous avons créé des boussoles qui ont été aussi un prétexte pour pouvoir rencontrer les associations. (...) L'objectif, c'est d'identifier des associations sur une thématique spécifique et de la regrouper sous forme d'un petit flyer. (...) Nous avons plusieurs boussoles qui vont encore sortir, on a sorti celle sur le logement, actuellement nous sommes concentrés sur celle du numérique. » (RAQ)

L'organisation d'activités ou d'événements de quartier est également l'occasion d'aller à la rencontre d'organisations du quartier et de faire du maillage. Les RAQ cherchent toujours à mettre en place ou participer à des actions en partenariat :

« j'ai relancé ici la fête des voisins et donc ça c'était très pratique aussi pour arriver à rentrer dans des relations autour d'un projet avec d'autres associations. » (RAQ)

Ce maillage est l'occasion de rassembler et d'affiner les diagnostics du quartier, mais aussi de les confronter au terrain.

3. Assurer une orientation individuelle

Le travail de maillage permet entre autres la récolte d'informations sur le fonctionnement, l'accessibilité (ex : peut-on venir avec son chien?) et l'actualité de chaque association. Il est la base nécessaire à l'orientation individuelle des habitants.

Cette orientation individuelle a lieu soit en donnant de l'information lors de stands ou autres rencontres informelles dans l'espace public ou lors d'activités, soit en organisant une permanence sociale chez un partenaire qui n'en a pas en interne, soit encore en accompagnant une personne lors de démarches à faire auprès d'une administration ou d'un service d'aide.

« Chez mon partenaire hébergeur, il n'y a pas d'assistante sociale, il n'y a pas de permanence sociale. Moi j'ai cette formation. Et donc, ma venue a été un soulagement et un gros soutien pour l'équipe parce que le fait que je puisse accorder du temps et pouvoir mettre en place des permanences sociales pour ces personnes-là, les formatrices sont soulagées. Elles peuvent donner cours sans être interrompues par des demandes des participants et les apprenants peuvent suivre leurs cours. » (RAQ)

4. Développer des actions collectives d'information, de prévention ou de promotion de la santé

Des actions locales de sensibilisation, d'information et d'orientation autour de la vaccination contre le COVID-19 ont été organisées, particulièrement durant les 9 premiers mois de l'existence du dispositif (2021) :

- Les RAQ ont participé ou organisé des campagnes de sensibilisation et/ou d'aide à l'inscription d'habitants à la vaccination en étant présents avec un stand lors de la venue du vaccibus dans un quartier, devant des pharmacies, lors de marchés de quartier, etc.
- Des RAQ ont participé à une fête de quartier (fête de la lumière 'Gaucheret') avec un stand 'info-covid' pour informer et sensibiliser, et un stand 'activités de bricolage' pour permettre aux habitants (enfants et adultes) de passer un moment agréable et convivial dans le contexte de l'atmosphère de la crise sanitaire.
- Un RAQ a participé à l'organisation par son partenaire hébergeur d'un groupe de parole sur le COVID. Ce groupe se réunissait, en 2022, une fois par mois afin d'aborder les conséquences qu'implique la pandémie sur la vie de chacun, les relations, la santé, etc.

Des activités collectives d'information ont encore lieu à la demande, selon les besoins :

- Co-organisation avec Communa d'une formation de prévention à l'incendie pour les occupants d'un lieu d'occupation temporaire.

5. Développer et soutenir des actions et des projets communautaires

La démarche communautaire est au cœur du travail des RAQ, que ce soit au travers de leurs actions individualisées, en groupe ou communautaires :

« l'idée est que l'impact du travail qui est mené ne va pas répondre seulement aux besoins d'une personne ou des personnes qui forment un groupe, mais va répondre à une question plus systémique. Et donc c'est pour nous avant tout une posture de travail social. » (Coordinateur)

La base est la récolte des avis et regards des habitants et partenaires sur le quartier, élaborer un 'pré-diagnostic' afin de faire ressortir les éléments spécifiques du quartier. Cette récolte s'effectue via les différentes activités des RAQ : lors des actions d'"aller-vers", de maillage, lors des accompagnements individuels, lors d'activités de groupes, lors des BRI-Co, etc.

Une RAQ a recueilli, lors de stands d'"info-covid", des demandes de cours de français exprimées par des habitants originaires d'Amérique-latine. Plusieurs opérateurs de formation linguistique avaient en effet fermé leurs portes pendant le covid ou les formations étaient trop chères pour eux. Pour répondre à cette demande, la RAQ a organisé des tables de discussions français-espagnol. Au-delà de l'apprentissage de la langue, ces espaces permettent la rencontre interculturelle, la création de lien social, l'entraide, etc. Ils pourraient être l'occasion d'informer des primo-arrivants sur le fonctionnement de la société belge.

Les activités de groupe sont en fait des 'activités prétextes' pour entrer en lien avec les publics, créer des liens de confiance, aborder les sujets qui touchent, faire ressortir les besoins.

« Les ateliers créatifs perles et peinture offrent aux hommes et femmes du quartier un espace où ils peuvent laisser libre cours à leur créativité, mais ils sont aussi l'occasion d'échanges et de demandes concrètes. Par exemple, certaines participantes ont évoqué leur surcharge mentale, ce qui nous a conduit à envisager l'organisation d'ateliers spécifiques sur ce sujet. » (RAQ)

Le dispositif Bri-Co, en soutien au dispositif RAQ particulièrement pour des phases de diagnostic, soutient cette approche communautaire :

« Les BRI-Co interviennent à la demande d'un RAQ et en soutien à son travail. L'objectif des BRI-Co est de récolter la parole des habitants pour voir qu'est-ce qui les impacte, qu'est-ce qu'il faudrait améliorer dans leurs quartiers, quels sont leurs besoins. Pendant trois jours on récolte leur parole. On assure l'accueil des personnes avec du thé, du café, un repas, tout est gratuit. (...) Le dernier jour les chercheurs du BRI-Co font un récapitulatif de tout ce qui est ressorti. Ils organisent des réunions avec les acteurs pour qu'ils déterminent une ou plusieurs problématiques sur lesquelles ils aimeraient travailler. L'objectif est que le projet soit pris en main par les acteurs du quartier. » (RAQ)

Ainsi, lors d'une activité d'un projet de cohésion sociale (PCS logement social) une habitante a expliqué vouloir rendre hommage à son quartier, qu'elle habite depuis 40 ans et dont elle constate la lente dégradation. Suite à la proposition d'un RAQ, un BRI-Co est mis en place pour recueillir et valoriser les récits des habitants du quartier sur leurs lieux

de vie. À partir de ces récits, des partenaires du quartier, dont le RAQ, accompagnent les habitants pour faire une pièce de théâtre. D'autres projets pourront suivre³⁹.

La démarche communautaire est une démarche à long terme. Elle commence par du travail de maillage, du travail individualisé et de groupe permettant l'interconnaissance et le lien de confiance avant de pouvoir mener des actions communautaires. Certains RAQ en sont déjà à cette étape, leur cadre d'intervention facilitant cette démarche (pratique préexistante dans le quartier et au sein du partenaire hébergeur).

Un quartier connaissait des difficultés récurrentes avec la propreté publique : l'administration locale ne trouvant pas comment aborder le problème et la population était exaspérée par la situation. Le RAQ du quartier a proposé la mise en place d'un BRI-Co. Celui-ci a permis de mettre en lien les différents acteurs et actrices. Des pistes de solutions ont émergé, un budget BRI-Co a été libéré et un projet collectif de campagne d'affichage et de création ou réparation de bancs est mené avec la participation du RAQ.

³⁹ Source : <https://raq.brussels/fr/allcategories-fr-fr/newsletter/atelier-de-quartier-bri-co-a-saint-josse>

Un RAQ, en collaboration avec des partenaires, dont certains étaient impliqués dans un projet de cohésion sociale, a mené une action communautaire sur une place publique. Le projet émerge d'un "groupe logement" (un collectif d'habitants d'un logement social qui se mobilise pour le dédommagement de problèmes rencontrés dans leurs appartements). La thématique de l'insécurité est abordée lors de leurs réunions et arrive « *l'idée d'un projet d'occupation de l'espace public, l'idée de venir tous les mercredis, jeudis et vendredis d'été sur la place au bas des immeubles* ». (...) Les projets se construisent collectivement avec ceux et celles qui le souhaitent : les jeunes construisent ou améliorent le mobilier urbain de la place lors d'ateliers de menuiserie, les femmes lancent une auberge espagnole, des barbecues sont organisés et ramènent un nombre important de personnes du quartier. Toutes ces activités sont portées par les habitants »⁴⁰. Si les différents types d'habitants du quartier ne viennent pas aux mêmes activités, aux mêmes horaires, ils se croisent et des interactions entre des publics peu habitués à se côtoyer émergent. « Il y a eu des moments intéressants : une femme qui apporte des assiettes aux jeunes qui lui répondent : *"Madame on ne vous oubliera pas, si vous avez des problèmes vous venez nous chercher"*⁴¹. Ou bien des femmes qui disent *"Mais c'est chouette maintenant les jeunes on les connaît, on les rencontre, on voit qui ils sont. Si on les croise le soir, on saura qu'ils sont très gentils. Il y avait souvent cette phrase "au fait ils sont très gentils". (...)* Ainsi, le sentiment d'insécurité est travaillé même si c'est très très lent. »⁴²

*

Les activités du projet RAQ ont évolué dans le temps, selon le contexte et les besoins de chaque quartier. Elles progressent encore actuellement vers un centrage sur le travail social communautaire et une plus grande imbrication entre le dispositif RAQ et BRI-Co.

3.2.2 Quels freins et enjeux?

Les freins et enjeux mis en lumière par les personnes rencontrées concernant le dispositif des Relais d'Action de Quartier sont de différents ordres :

Rendre compréhensible le rôle des RAQ et leur place spécifique par rapport aux autres acteurs :

Le premier fut, et reste parfois encore, la difficulté de compréhension de leur rôle et des raisons de la création de ce nouveau dispositif, tant pour les professionnels que pour les habitants. L'insertion d'un nouveau projet dans le tissu de services et d'associations existant est difficile, dans un contexte d'offre sociale-santé multiple qui manque déjà de visibilité et de lisibilité :

« (...) *en fait les gens sont tout à fait perdus (...), les différents dispositifs, je pense que c'est très confusant pour beaucoup de monde.* » (RAQ)

Développer les modalités d'action pour mieux atteindre la population éloignée des services :

L'objectif 'd'aller-vers' la population éloignée des services et prestataires n'est pas aisé à atteindre. Les rencontres se font principalement dans les horaires (principalement en journée) et les rues ou lieux fréquentés par le RAQ et ont une part de hasard. La démarche d'outreach des RAQ semble clairement présente et la diversité de l'équipe est un atout, mais la couverture populationnelle réelle d'un quartier demande du temps et des moyens.

Permettre des orientations vers des services en mesure de les accueillir :

L'orientation des personnes vers les services adéquats se heurte à la saturation des services 1^{re} ligne ou « à un mode de fonctionnement inadapté pour les personnes orientées » (RAQ).

« *Mais ce qui est compliqué c'est que ces équipes se heurtent à de la saturation, à de la fermeture, à un seuil d'accessibilité qui est trop haut.* » (Coordinateur de projet)

« *Saturés les services le sont, c'est comme ça. Alors comme dans tous les services saturés il y a de la violence, des difficultés à l'accueil, etc. Les gens attendent leur tour. Si c'est complet, ils reviendront la semaine suivante, c'est comme ça.* » (RAQ)

L'état d'épuisement des travailleuses et travailleurs de première ligne et des organisations de bas seuil ne rend pas facile la flexibilité des équipes et l'abaissement du seuil d'accessibilité. Dans certains cas, ce seuil est même rehaussé.

⁴⁰ Source : <https://raq.brussels/fr/allcategories-fr-fr/newsletter/il-ny-a-jamais-personne-qui-fait-ca>

⁴¹ Ibidem

⁴² Ibid.

« L'association x a plusieurs fois dû fermer parce que trop de monde à l'accueil, trop de violences, trop de pression, de risque de burn-out pour les travailleurs. Il y a ça aussi dans certains centres de santé mentale...donc tu sens que l'accès à la première ligne n'est pas aisé, n'est pas simple. Les travailleurs eux-mêmes se défendent d'abaisser trop les seuils parce que si tu abaisses trop les seuils, tu crées une zone d'inconfort, de risque pour ton équipe. Donc si ton équipe n'est pas bien 'staffée' et renforcée et si ton équipe est sur la défensive, c'est compliqué d'être inclusif. Tu sens que, avec les crises qui se sont succédées, tu as un rehaussement des seuils un peu partout, même dans le bas seuil. C'est lié à un épuisement des travailleurs qui ont quand même donné pendant le covid, et t'as énormément de travailleurs qui sont partis, qui sont fatigués, qui sont blessés. » (Coordinateur)

Répondre aux besoins de la population via des démarches individuelles et/ou des changements structurels?

Face à l'état de saturation des équipes des services social-santé existant, s'est posé la question du choix entre renforcer les équipes en place ou maintenir un dispositif centré sur la démarche communautaire axée sur des changements structurels pouvant répondre aux besoins de la population et pouvant renforcer les dynamiques de quartier afin de se préparer à d'autres crises. Pour les RAQ, sur base de leur expérience et des avis des partenaires hébergeurs, il est important de maintenir un dispositif centré sur la démarche communautaire.

« Les problématiques dans le quartier sont tellement complexes qu'il faut des actions de type structurel. Sinon, on ne fait que dépanner. »⁴³

« On pourrait doubler les travailleurs des services d'aide individuelle, ils seraient toujours débordés. Il faut trouver des solutions structurelles. » (Coordinateur)

Sanctuariser l'approche du travail communautaire dans un contexte peu propice :

La plupart des services de première ligne, même ceux qui ont dans leurs missions un travail communautaire, s'avèrent trop mobilisés par l'aide individuelle pour pouvoir développer cette démarche.

C'est ce même constat qui pousse à souligner l'importance que le dispositif RAQ soit porté par la FDSSB, donc indépendamment – mais en collaboration – des partenaires hébergeurs. L'expérience montre que l'équilibre entre le temps consacré au soutien de l'équipe du partenaire hébergeur et le temps consacré à la démarche et l'action communautaire dépend pour partie du partenaire hébergeur dans lequel le RAQ est ancré.

« Pour les partenaires hébergeurs, c'est une plus-value d'avoir un nouveau travailleur qui arrive et qui est détaché dans leur association. Certains partenaires hébergeurs ne savent pas très bien ce que c'est que le travail communautaire, ne savent peut-être pas comment mettre en place du travail communautaire dans leurs structures et se disent qu'avec un RAQ, mettre en place une permanence pourrait soulager les équipes. Certains RAQ se sont retrouvés dans ces cas de figure. Pour ma part, je n'ai pas les compétences pour faire de l'aide sociale individuelle. Avec mon partenaire hébergeur, je me suis dirigée directement vers du travail communautaire, le travail social de groupe, etc. » (RAQ)

Maintenir un accompagnement et des outils de développement des compétences des RAQ :

La coordination au sein de la FDSSB permet de mettre les RAQ en lien, de créer une cohésion d'équipe, une cohérence au projet. Elle permet d'apporter un soutien méthodologique aux travailleurs et travailleuses.

« La coordination occupe vraiment une fonction de conseil. Donc moi quand j'ai des questions je vais vers eux. Surtout x qui est arrivée maintenant avec vraiment une posture de travailleuse communautaire et de soutien méthodologique pour notre travail. Donc moi ça m'aide parfois d'aller la voir, de discuter, d'échanger. On est vraiment dans un échange, une discussion. » (RAQ)

Offrir un cadre qui garantit le temps nécessaire au renforcement du 'community engagement' :

Certaines démarches prennent du temps et certains objectifs - dont le développement du 'community engagement' - ne peuvent être atteints dans des délais courts : ils exigent des actions à long terme. La temporalité assez courte du dispositif RAQ (financements sur base annuelle) pose la question de sa capacité à travailler sur des objectifs de long terme. Ceci représente un frein entre autres pour les RAQ eux-mêmes :

« On ne sait pas si on sera là dans cinq ans, ou même dans deux ans. C'est vraiment un des freins qui pourrait éventuellement nous empêcher de faire du travail communautaire. » (RAQ)

L'interruption du projet pourrait, quant à elle, avoir des conséquences négatives sur le 'community engagement' :

« Si demain notre projet s'arrête-là, je pense que c'est violent pour les personnes qu'on a accompagnées, avec qui on a pris le temps de créer une relation de confiance. » (RAQ)

⁴³ FDSS, 2022/01, p. 42.

3.3 Les Community Health Workers - CHW

3.3.1 Présentation du cadre fédéral

3.3.1.1 Introduction et historique

Les Community Health Workers (CHW) ont pour rôle d'améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes les plus précarisées ou éloignées des services.⁴⁴ Ces travailleurs sociaux vont à la rencontre de cette population, dans leurs lieux de vie et dans d'autres organisations qu'ils fréquentent. Leurs tâches sont très diverses, mais l'objectif est de les soutenir dans l'utilisation des services de première ligne, par exemple en les aidant à trouver un médecin ou un dentiste, en veillant à ce qu'un traitement soit pris, à ce qu'un rendez-vous ait lieu, en aidant à introduire des dossiers auprès de la mutualité ou encore, initialement durant la crise du COVID-19, en aidant les personnes à se rendre au centre de vaccination.

Le projet des Community Health Workers est un projet fédéral, du ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique Frank Vandenbroucke, déployé dans toutes les Régions et Communautés linguistiques de Belgique. Il a démarré en janvier 2021. Il est le fruit des réflexions menées au sein de la Task Force 'Groupes vulnérables', qui avait pour rôle d'identifier des pistes d'action visant à limiter l'effet de la crise socio-sanitaire liée à l'épidémie COVID-19 sur l'augmentation des inégalités sociales de santé.

Les inondations qui ont touché certaines régions en Wallonie lors de l'été de cette même année, ont aussi augmenté la prise de conscience de la problématique générale de l'accès et des inégalités sociales de santé et accru la pertinence du projet. De même, la guerre en Ukraine qui a marqué 2022, ses conséquences migratoires, ainsi que la crise énergétique, ont influencé le contexte auquel les CHW ont dû faire face et montré la pertinence de l'approche au-delà de la crise socio-sanitaire du COVID-19.

Le dispositif initialement prévu pour un an (jusqu'à fin décembre 2021), a été prolongé et est soutenu jusqu'à la fin de l'année 2025, compte tenu d'une évaluation positive par le comité d'assurance de l'INAMI.⁴⁵ Le contexte a évolué, mais le fil rouge reste le même : lever les obstacles à l'accès aux soins dans les quartiers vulnérables et venir combler le fossé entre les personnes en situation de vulnérabilité et le système de santé.⁴⁶

3.3.1.2 Organisation de la gouvernance fédérale

Le projet est financé par l'INAMI, mais mis en œuvre et encadré par les mutualités via l'asbl IM, plus communément dénommé Intermut⁴⁷, qui est une association de mutualités composée des représentants des 5 Unions Nationales de mutualités (la Mutualité chrétienne, Solidaris, Union nationale des Mutualités Libres, Union nationale des Mutualités Libérales, Union nationale des Mutualités Neutres) ainsi que de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) et de la Caisse des Soins de Santé de HR Rail.

La coordination du projet est confiée au Collège Intermutualiste National (CIN)⁴⁸, expérimenté en déploiement d'agents de terrain.⁴⁹ Les CHW sont des travailleurs de terrain employés par l'asbl IM.

La structure du projet, au niveau fédéral, est coordonnée au sein de la Project Team (Equipe de projet) composée de la coordinatrice fédérale qui travaille en concertation avec les trois coordinateurs régionaux (un coordinateur par région)⁵⁰. Parmi les coordinateurs régionaux, un coordinateur est spécialisé sur la question des assuétudes. Ce travail de coordination reçoit l'appui des services internes de l'IM (RH, IT, DPO, etc.). Cette structure garantit que tous les CHW reçoivent le soutien, la rémunération et le matériel nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches au niveau local.⁵¹

L'équipe projet est en lien avec le Groupe de pilotage du projet CHW, composé de représentants de la CIN Pol, d'un représentant du cabinet du Ministre de la Santé et de membres du Comité de pilotage Livre blanc de l'INAMI⁵². Ce Groupe de pilotage a un rôle de suivi stratégique du projet.

⁴⁴ Vanderveken Juliette, 2021.

⁴⁵ Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2023, p. 7.

⁴⁶ CHW et CIN-NIC, «Comment les community health workers en Belgique comblent le fossé en matière de soins de santé», <https://www.chw-intermut.be/stories-fr/>

⁴⁷ L'intermut est le terme utilisé de manière courante pour parler de plusieurs organes :

- Intermut - Personne morale n° entreprise 0695.810.791,

- Le Collège Intermutualiste National - Personne morale n° entreprise 0820.563.481

- IM - asbl n° entreprise 0477.688.178

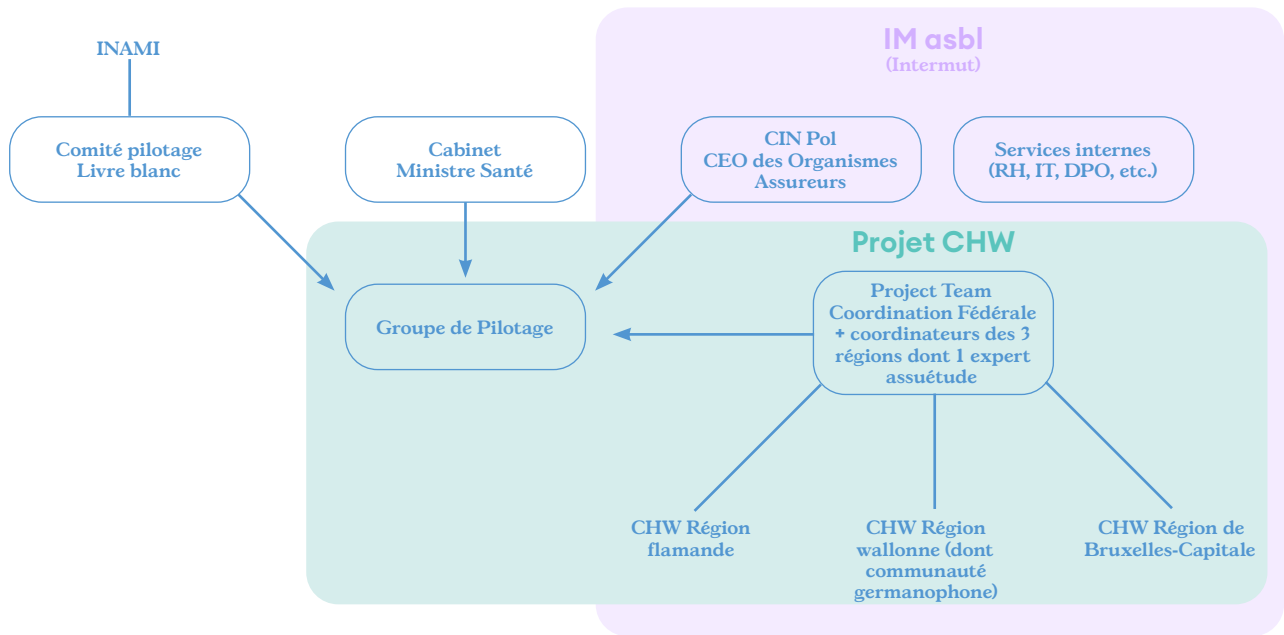
⁴⁸ Le Collège Intermutualiste National (CIN) Pol est un organe de discussion interne qui regroupe les différents CEO des organismes assureurs.

⁴⁹ News.belgium, communiqué de presse « Covid-19 : projet Community Health Workers », 15 janvier 2021, <https://news.belgium.be/fr/covid-19-projet-community-health-workers>

⁵⁰ Le détail des rôles des coordinateurs, fédéral et régional, se trouvent dans les annexes de Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2023.

⁵¹ CHW et CIN-NIC, *ibidem*

⁵² Le programme CHW a été classé dans la catégorie des projets du Livre blanc visant à améliorer l'accessibilité des soins de santé en Belgique (Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2023, p. 17).



3.3.1.3 Les missions fédérales des CHW selon le cadre légal

Dans l'article 1 de l'accord entre l'INAMI et l'asbl IM du 26 janvier 2021, les objectifs et tâches des CHW sont précisés. L'accord explicite le fait que le déploiement des CHW vise à réduire l'inégalité de l'accès aux soins de santé, qui s'est agrandie durant la crise du COVID-19. Les CHW sont des travailleurs sociaux qui font le lien entre les groupes vulnérables et les services de santé et d'aide sociale de base.

Plus spécifiquement, les CHW sont chargés :

- d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé, en particulier pendant cette crise ;
- de soutenir les groupes vulnérables dans leur utilisation des soins de santé, afin qu'ils ne prennent pas davantage de retard pendant cette crise ;
- d'identifier les inégalités et les problèmes structurels d'accessibilité dans le domaine de la santé (des soins), en mettant particulièrement l'accent sur les conséquences du COVID-19.

3.3.2 Présentation du dispositif des CHW en région bruxelloise

3.3.2.1 Présentation générale

Comme dans les autres Régions, les CHW en région bruxelloise ont comme objectif de réduire les inégalités en matière de santé en accompagnant les habitants pour les reconnecter au système de soins de santé et les autonomiser dans les différentes démarches et suivis à réaliser.⁵³

Le dispositif bruxellois est composé de 12 travailleuses et travailleurs, dont une responsable à mi-temps. Ils sont répartis en équipes de 2,3 ou 4, par zone (Team Jette-Laeken, Team Anderlecht, Team Schaerbeek et Team 1000 Bruxelles et Neder-Over-Hembeek). Ils développent leurs actions sur base des besoins détectés auprès des habitants du territoire. Leurs activités collectives ont généralement lieu dans les locaux d'organisations partenaires.

Une coordinatrice régionale est chargée du suivi opérationnel du projet en région bruxelloise et de la coordination des CHW. Elle travaille en étroite collaboration avec la responsable de l'équipe des CHW (aussi connue sous le nom de 'coach') de la région bruxelloise qui offre un soutien méthodologique. Ensemble, elles s'occupent du suivi opérationnel des CHW, dont la gestion du personnel. Elles offrent également un soutien à la construction et au maintien du réseau local de santé et de soins, elles aident

⁵³ Nothelier Laura, 2024.

⁵⁴ Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2024, p.10.

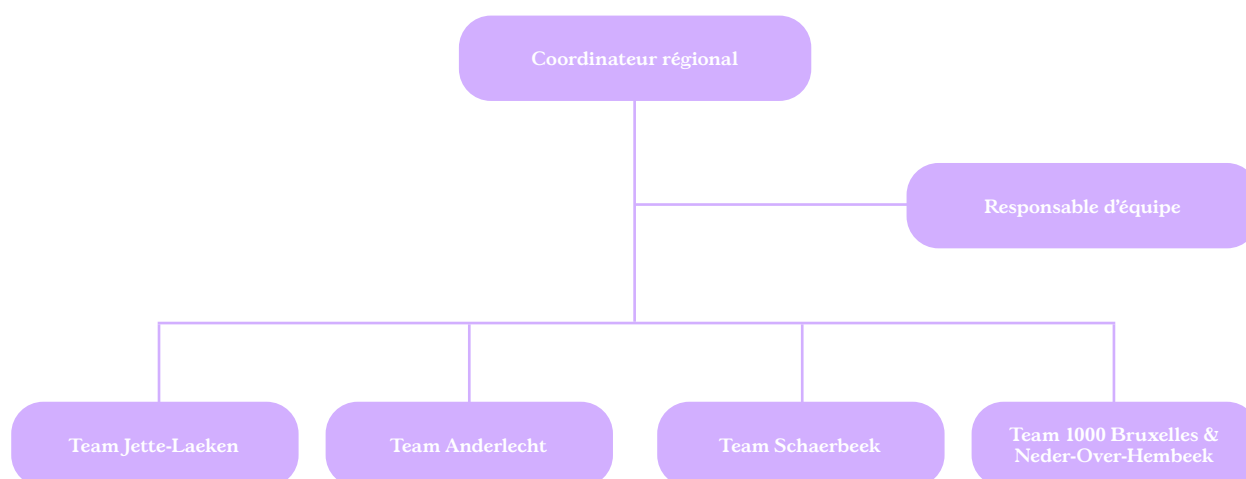
Les CHW : une inspiration de dispositifs déjà existants

Le dispositif tel qu'il est conçu en Belgique s'inspire d'une approche développée entre autres par d'autres institutions, dont l'Association américaine de santé publique (APHA).⁵⁵

« Un Community Health Worker (CHW) aide à réduire les inégalités en matière de santé. Le CHW agit en première ligne et adopte une approche transculturelle. Il/elle est un membre de confiance de la communauté dans laquelle il/elle travaille, ou il/elle entretient des relations étroites avec celle-ci et possède de bonnes connaissances à son sujet. Grâce à cette relation de confiance, le CHW agit comme relais entre les services de santé et d'aide sociale et la communauté dans les quartiers vulnérables. Il facilite ainsi l'accès aux services et améliore la qualité du service. Le CHW élargit les connaissances sur la santé et l'autonomie. Il/elle renforce ainsi les capacités de l'individu et de la communauté. À cette fin, le CHW recourt à des activités telles que l'éducation à la santé, les conseils informels, le soutien social et la défense des intérêts. Le Community Health Worker sensibilise les professionnelles et professionnels de santé et de l'aide sociale à l'importance d'une communication appropriée. De plus, il/elle les informe des effets des déterminants sociaux de la santé sur la vie des patients et sur les soins qui leur sont prodigués. »⁵⁶

Il est important de préciser que ce modèle ne s'applique pas entièrement au contexte des CHW en Belgique. Par exemple, en région bruxelloise, bien que certains CHW habitent et fréquentent les quartiers où ils travaillent, ce n'est pas le cas de tous les CHW. Certains ont une bonne connaissance du quartier sans forcément y résider. La notion de 'membre de confiance' est une notion qu'on retrouve dans d'autres pays, mais pas nécessairement dans le contexte belge.

aussi à développer le programme CHW en participant notamment à des groupes de travail.⁵⁴



⁵⁵ Infofiche sur les huit rôles d'un CHW: https://www.chw-intermut.be/wp-content/uploads/2023/01/infofiche_community-health-workers_FR_V2.pdf

⁵⁶ Masquillier Caroline & Wouters Edwin, 2023, p. 6.

3.3.2.1 Quoi?

Les CHW en région bruxelloise présentent comme objectifs principaux :

- **L'accompagnement** : le CHW accompagne les bénéficiaires dans leurs accès aux soins de santé ce qui implique également un rôle de relais entre les différents acteurs locaux.
- **La sensibilisation** : le CHW informe et soutient la sensibilisation des bénéficiaires aux thèmes liés à la santé.
- **L'identification** : le CHW identifie les besoins et les barrières existantes à l'accès aux soins de santé en vue d'un changement social.

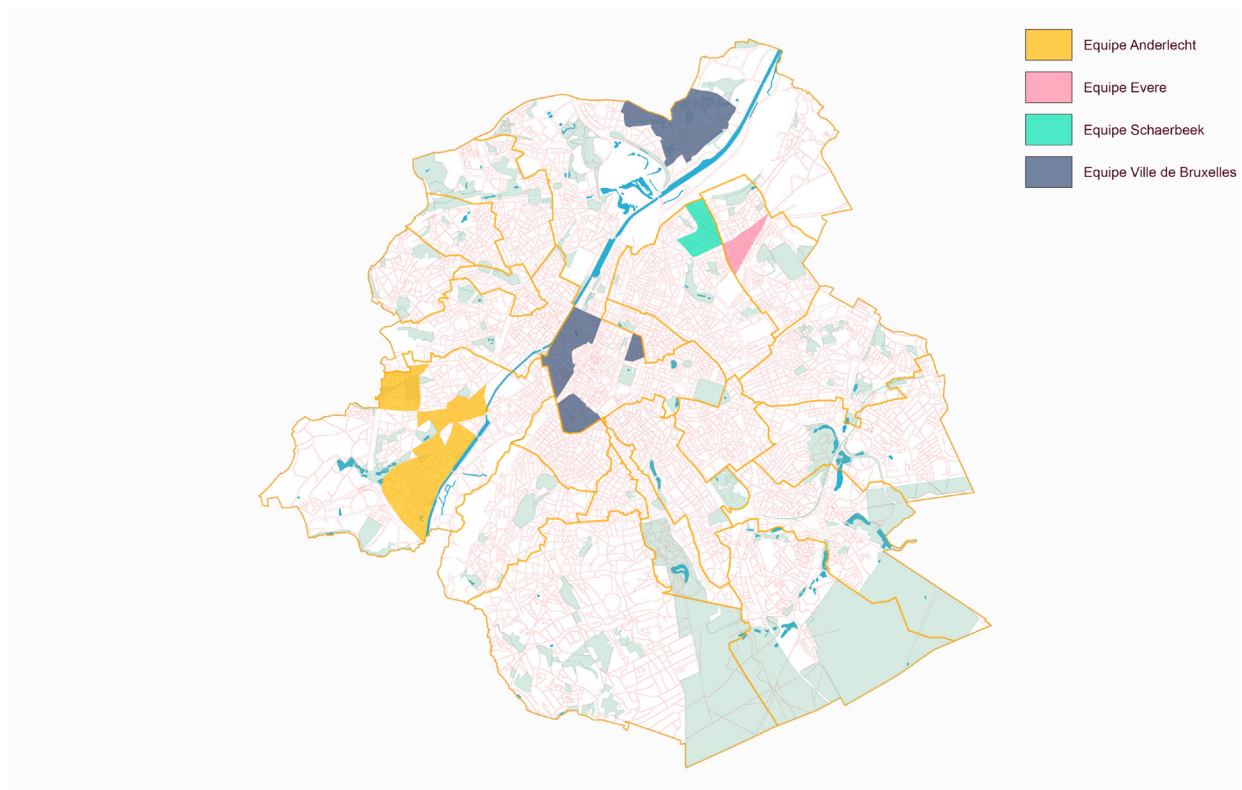
Leurs actions ont comme point de départ les besoins de santé de l'individu. Les CHW vont collaborer avec les services de santé, les services sociaux et les partenaires locaux afin de soutenir la personne en situation de vulnérabilité et lui faciliter l'accès aux soins de santé.

Le fil rouge de leurs actions se base sur les rôles suivants⁵⁷ :

1. Créer des liens entre les individus, les communautés et les acteurs de santé.
2. Fournir des informations sur la santé adaptées à la culture.
3. Aider à naviguer dans le système de soins de santé.
4. Fournir un encadrement et un soutien social au travers d'un travail de proximité.
5. Défendre les intérêts des individus et des communautés.
6. Développer la littératie de santé au niveau individuel et collectif.
7. Participer à l'évaluation et à la recherche.

3.3.2.3 Où?

En région bruxelloise, l'équipe est active dans 21 quartiers, répartis dans les communes suivantes :



⁵⁷ Infociche sur les huit rôles d'un CHW: https://www.chw-intermut.be/wp-content/uploads/2023/01/infociche_community-health-workers_FR_V2.pdf

Les zones de travail des CHW en région bruxelloise sont complémentaires de celles des RAQ.

Ils ont un ancrage local dans ces quartiers, mais se déplacent dans tout Bruxelles, pour aller à la rencontre, dans leur environnement, des personnes en situation de vulnérabilité pour qui le système de santé est difficilement accessible⁵⁸, en raison de barrières économiques ou d'autres facteurs comme la langue, l'âge, le fossé numérique, etc. Ils sont présents dans l'espace public, notamment via des maraudes ou des permanences dans des organisations partenaires.

Notons que les CHW ajustent leurs actions à la réalité de leur quartier.

« Chaque quartier a une dynamique complètement différente. On ne travaille pas de la même manière à Anderlecht qu'à 1000 Bruxelles. » (CHW)

Toutefois, les CHW peuvent aussi travailler en synergie. Par exemple, à Schaerbeek et à Anderlecht, les équipes travaillent ensemble sur des activités communes ou dans le cadre d'accompagnement.⁵⁹

3.3.2.4 Comment ?

Les CHW informent, redirigent et/ou accompagnent individuellement les personnes vulnérables qu'ils rencontrent, afin de leur faciliter l'accès aux soins de santé. Ils accomplissent leurs missions en utilisant une méthodologie qui implique des modes d'actions qui peuvent être regroupés en quatre thématiques :

- Démarche d'aller-vers/proximité
- Maillage à l'échelle du quartier
- Accompagnement individuel
- Activités de groupe

1. Démarche d'aller-vers / de proximité

Les CHW rendent visite aux personnes vulnérables dans leur propre environnement, notamment dans l'espace public, en vue d'informer sur l'accessibilité aux soins de santé et de leur offrir de l'aide et du soutien pour améliorer leur santé et leur bien-être. De ce travail de proximité peut découler une visite à domicile.

Tout commence par se faire connaître des actrices et acteurs de terrain et des habitants, et par collaborer avec le réseau local. Dans un quartier de Bruxelles-Ville, l'équipe est sortie, au début du projet, avec le gardien de la paix de la commune. Celui-ci a pu agir comme intermédiaire et indiquer aux CHW quels sont certains endroits fréquentés par des personnes du groupe cible.⁶⁰

*« Nous approchons les habitants dans les rues, les places, les marchés, les activités des partenaires, les contacts avec les parents à l'école, les événements, les mosquées, le porte-à-porte... Les personnes reçoivent alors les explications utiles sur notre fonctionnement. »*⁶¹ (CHW)

Des activités dans l'espace public sont organisées, comme par exemple des activités dans un parc, avec des jeux pour enfants, de la musique, des boissons et de la nourriture gratuites afin d'attirer les gens et engager une conversation.

*« On a mis le jus, les gens sont venus demander le jus et on a profité de l'occasion. C'est comme pour pêcher le poisson. Imagine : bonsoir, c'est quoi ici ? Vous faites quoi ? C'est gratuit le jus ? C'est gratuit, mais vous faites quoi ? Après on explique le projet, tu participes à l'activité tout ça ? Et ils participent grâce au jus. »*⁶² (CHW)

Dans la même veine, une équipe de CHW était présente à une fête de quartier à Schaerbeek, pour discuter avec les habitants de sujets autour de la santé, entre autres sur l'utilisation du 112, le numéro d'appel d'urgence européen.

Les CHW ont collaboré avec DoucheFlux dans un premier temps pour faire des maraudes, et ensuite l'asbl M.BX (Les Maraudeurs de Bruxelles). Les CHW observent dans un premier temps, lors de sorties avec les travailleurs de rue. Ensuite, ils interviennent quand cela rentre dans leurs cordes. Par ce biais, ils vont aussi à la rencontre d'habitants afin de leur fournir de l'information et du soutien pour utiliser les services de santé.

2. Maillage à l'échelle du quartier

Il y a une coopération étroite entre les CHW et plusieurs organisations locales de première ligne actives dans le domaine de la santé ou de l'aide sociale. Les CHW en région bruxelloise tiennent des permanences au niveau local, notamment au sein de maisons médicales, de centres d'alphabétisation ou de centres de distributions de colis alimentaires, ou d'organismes comme Fedasil.⁶³

⁵⁸ Apers Hanne, Mullié Karen, Wouters Edwin & Masquillier Caroline, 2025, p. 9.

⁵⁹ Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2024, p. 35.

⁶⁰ Masquillier Caroline, Cosaert Theo & Wouters Edwin, 2022, p. 59.

⁶¹ Masquillier Caroline & Wouters Edwin, 2023, p. 34.

⁶² Masquillier Caroline, Cosaert Theo & Wouters Edwin, 2022, p. 57.

⁶³ Masquillier Caroline & Wouters Edwin, 2023, p. 115.

Au début du projet, un travail de réseautage ('mailage') a été effectué afin de cibler avec quelles organisations coopérer. Il a été question, pour les responsables d'équipe, de se présenter et de leur expliquer que les CHW ne sont pas là pour faire les choses à la place des gens ou à la place d'autres services, mais plutôt de travailler dans la complémentarité, tel un chaînon manquant.⁶⁴

Certains lieux de permanences restent stables, mais ces lieux peuvent aussi changer, afin d'avoir accès à d'autres publics. Le choix des lieux de permanences est défini en fonction du public que l'équipe souhaite toucher. Par exemple en organisant une permanence dans le quartier Helmet à Schaerbeek pour toucher un public senior, ou une permanence au Samu Social dans le cadre du projet 'Casa' pour soutenir les femmes en situation de précarité, etc.⁶⁵

- Dans un restaurant social à Anderlecht, une CHW tient une permanence dans ce lieu de rencontres intergénérationnelles. Sa présence dans un lieu où les gens se rassemblent et, en dehors des heures de travail classiques, va permettre de créer du lien et faciliter l'accès aux services de soins de santé, en travaillant par exemple sur la fracture numérique.

*« Pour les personnes âgées, la "fracture numérique" et les problèmes de mobilité sont des défis majeurs. Souvent, elles ne sont pas familières avec les systèmes électroniques de prise de rendez-vous et se déplacer peut également être un problème, surtout si elles sont isolées. Le projet a fait la différence pour de nombreuses personnes âgées en les informant et en les aidant à exercer leurs droits et à répondre à leurs besoins. Les personnes âgées sont moins inquiètes parce qu'elles savent qu'elles peuvent trouver de l'aide quand elles en ont besoin ».*⁶⁶ (CHW)

- Une attention particulière a été portée aux partenaires du réseau néerlandophone. Par exemple, les CHW de 1000 Bruxelles se tiennent tous les mardis après-midi à l'**asbl Forum**, qui est un Lokale Dienstcentrum, dans le quartier Anneessens. Ils essaient d'être le plus régulier possible dans cette permanence, afin que les usagers s'habituent à leur présence et puissent compter sur eux. Les CHW se tiennent donc dans cet espace ouvert, qui se concentre plus particulièrement sur les personnes âgées. Kind&Gezin, Caritas sont aussi d'autres associations avec qui les CHW collaborent.

« On reçoit les personnes, on écoute les personnes, on établit les besoins et ça peut découler sur des accompagnements individuels. Les demandes sont variées : demande de carte santé, de carte médicale, mettre en ordre son statut BIM, ou avec sa mutuelle, télécharger l'App de sa mutuelle sur son téléphone portable, demander des chèques taxis, etc. » (CHW)

- **La Maison Médicale des Riches Claires** est un des lieux où les CHW ont démarré une permanence durant la période de pandémie au COVID-19. Si les CHW ont offert une aide précieuse pour combler le gap numérique pendant cette période de pandémie, cette permanence s'est maintenue. Les CHW sont disponibles dans un espace de la salle d'attente et le scope de leur aide concerne à présent plus largement l'accès aux soins de santé;

« Beaucoup de personnes étaient vaccinées, mais n'avaient pas réussi à avoir le CST (Covid Safe Ticket) et c'était très compliqué pour eux de l'avoir. Certaines personnes ne sortaient même plus, alors qu'elles avaient la possibilité de le faire. Aider les usagers à télécharger leur CST faisait partie du travail des aides-soignants, médecins, psychologues, etc. Mais cela leur prenait de leur temps, et ils ne pouvaient pas se concentrer pleinement sur leur travail. C'est pour cette raison que l'on avait commencé une permanence dans une maison médicale : pour prendre le temps avec chaque personne d'essayer de mettre l'application 'It's me' sur son smartphone et de le télécharger. On s'est rendu compte à quel point ça pouvait être très compliqué et des fossés qu'il pouvait y avoir entre les demandes numériques et certains publics : des seniors, des personnes avec des problèmes de vue soit ou tout simplement une personne qui n'a pas de smartphone. Il y a énormément de raisons pour lesquelles ça pouvait être compliqué. » (CHW)

3. Accompagnement individuel

Un accompagnement physique, au cas par cas, peut avoir lieu lorsque la simple orientation n'est pas suffisante et que l'autonomie de la personne ne l'est pas non plus.

⁶⁴ Nothelier Laura, 2024.

⁶⁵ Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2024, p. 35.

⁶⁶ BBC StoryWorks How community health workers in Belgium are bridging the gap for healthcare traduit sur <https://www.chw-intermut.be/stories-fr/>

« Dans notre travail, on accompagne souvent des personnes à leur premier rendez-vous dans une administration lorsque l'on sent un manque de confiance, une mauvaise expérience par le passé ou des difficultés à parler français. Cette fois-là, je suis arrivée cinq minutes après le début d'un rendez-vous. J'ai trouvé ma bénéficiaire dans la salle d'attente, l'entretien était reporté, mais ils avaient oublié de la prévenir. Je suis intervenue, en tant que facilitatrice, pour expliquer la situation familiale de cette dame, son manque de disponibilité pour s'y rendre à un autre moment, pour au final, réussir à maintenir le rendez-vous. Recréer le lien de confiance avec les administrations est l'une de nos missions. »⁶⁷ (CHW)

Les CHW se veulent flexibles dans leur façon d'accompagner, que cela soit sur les limites de leur quartier, ou lorsqu'il s'agit d'accompagner leur public. « L'ancrage local se fait toujours dans les zones où on nous sommes, mais les accompagnements, etc., peuvent se faire en dehors des zones qui nous sont attribuées. » (CHW)

Lors de leur permanence à l'asbl Forum, les CHW ont pu par exemple pallier un défaut de suivi, suite à une hospitalisation.

« Récemment un monsieur est venu nous voir, il avait été opéré, suite à une chute qui lui a fait perdre la vue. Il est sorti de l'hôpital sans aucun suivi social, donc il a dû se débrouiller seul pendant des mois. Suite à une permanence, nous nous sommes rendu compte qu'il n'avait pas d'aide-ménagère, pas de canne, ni de chaise roulante. C'est là que nous avons pu intervenir. » (CHW)

L'accompagnement individuel découle le plus souvent d'une permanence ou d'une maraude. Des visites à domicile sont programmées à ces moments-là. Mais les partenaires peuvent aussi faire appel aux CHW dans des situations où ils peuvent apporter un soutien en termes d'aide individuelle, ou collective lorsque cela s'avère nécessaire.

« Nous avons un partenaire régulier avec qui nous faisons des maraudes qui nous a contacté pour aider une personne sans chez soi. Cette personne souhaitait aller en maison de repos et nous avons pu vérifier avec elle ce qui était possible en termes de budget, etc. C'est vraiment très diversifié. Que nous fassions des maraudes conjointement, ou qu'ils le fassent sans nous, ils peuvent nous rediriger des cas où nous pouvons apporter un soutien. » (CHW)

Les CHW accompagnent les usagers principalement dans le cadre de démarches d'accès à des services de soin de santé. Néanmoins, l'état de santé est déterminé - outre par un accès aux soins - par de nombreux déterminants sociaux. Si les CHW se concentrent sur l'accès aux soins, ils sont souvent confrontés à des problématiques relatives à d'autres déterminants sociaux de la santé, comme le logement ou les ressources financières : « La santé arrive rarement seule » comme le souligne la coach pour la région de Bruxelles.⁶⁸

« Le logement est par ailleurs un déterminant qui revient souvent dans les demandes. On relaie vers des partenaires, car on ne peut pas faire les démarches pour l'accès aux logements par exemple. Les gens peuvent venir avec toutes sortes de demandes et on doit chaque fois recentrer notre travail sur sa mission : l'accès aux soins de santé. » (CHW)

Dès lors, l'accompagnement des CHW peut également porter sur des démarches visant à un meilleur accès aux droits sociaux.

Que ce soit lors des permanences ou des accompagnements individuels, les CHW tentent de recueillir les signaux des obstacles structurels auxquels les usagers font face.⁶⁹ De ce fait ils peuvent aussi participer à défendre les besoins et la vision des communautés en matière de santé. Les signaux les plus fréquemment rencontrés sont la pénurie de psychologues qui parlent la langue d'une certaine communauté, la pénurie de dentistes et de généralistes, les problèmes liés à la numérisation.

4. Activités de groupe

Afin de renforcer la littératie en santé et l'autonomisation du public cible, les CHW organisent des activités en groupe, éventuellement en collaboration avec des services, organisations et asbl locales. Ces activités portent sur des thématiques variées, comme par exemple :

- L'accès à une alimentation de qualité (informations sur les besoins nutritionnels, ateliers de cuisine, etc.) ;
- Le bien-être individuel ;
- L'accès aux droits fondamentaux (formations aux TIC en vue de réduire la fracture numérique, informations sur l'organisation des soins de santé et sur les ressources accessibles, etc.) ;
- L'adoption de comportements préventifs ou prophylactiques (information sur la lutte contre la gale dans des milieux d'accueil, sur les addictions, etc.).

⁶⁷ Thollot Adeline, 2023.

⁶⁸ Masquillier Caroline, Cosaert Theo & Wouters Edwin, 2022, p. 56.

⁶⁹ Voir le recueil sur les signaux structurels dans Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2024, p. 81 et suivants.

3.3.3 Freins et enjeux?

L'Université d'Anvers est chargée de l'évaluation du projet et a publié à ce jour quatre rapports de recherche. Si l'évaluation met en avant des réussites et identifie des éléments de succès, elle souligne également des défis auxquels le programme doit faire face. Ceux-ci ont trait à la structure de gouvernance, à la gestion du personnel, aux supports matériels ainsi qu'à la formation et à l'encadrement local.⁷⁰ Nous en reprenons quelques-uns ci-dessous.

Réussir à combiner le niveau local et fédéral de la structure de gouvernance :

En effet, le projet est fédéral, mais est aussi fortement ancré localement pour permettre une adaptation aux réalités du terrain. Ce double niveau peut induire des difficultés. Ainsi, en matière de gestion des ressources humaines, l'ancrage local éloigne les CHW de certains services et il impose la multiplication des interlocuteurs. Par ailleurs, si l'ancrage local permet une adaptation à la diversité des réalités vécues par les habitants, l'autonomie dont jouissent les actrices et acteurs peut amener une hétérogénéité forte et des difficultés pour le fédéral à s'assurer de la cohérence du programme et à assurer une forme de contrôle. Néanmoins, concernant cet aspect, un mécanisme d'intervision entre les coachs des différentes régions a été mis en place et doit permettre une approche relativement commune.

La définition du rôle des CHW a été précisée au fur et à mesure, car, initialement, il était ambigu, tant pour les CHW eux-mêmes que pour les autres acteurs. Ce manque de clarté a pu compliquer au début l'établissement de collaborations :

Le rôle auprès des actrices et acteurs dans le système de santé où ils interviennent n'était pas évident dès le départ comme nous l'illustre l'extrait suivant. De ce fait, implémenter des collaborations avec des organisations, où les CHW tiennent des permanences, n'a pas été un long fleuve tranquille. Le manque de reconnaissance initial et d'intégration dans le système de soins de santé pour les CHW reste un challenge.

« Les CHW savent qu'ils ne sont pas toujours pris au sérieux ou traités sur un pied d'égalité par les partenaires de collaboration, en particulier lorsqu'ils ne sont affectés qu'à des tâches administratives. »⁷¹

« Les partenariats ont pris du temps à se former. Au début c'était assez compliqué de collaborer pour plusieurs raisons, parce que le travail de facilitateur et la santé communautaire de manière générale n'étaient pas compris. On comprenait pas l'utilité de notre travail. Deuxièmement, parce que c'était un projet qui, au départ, était financé pour un an. » (CHW)

Un métier dont les conditions restent difficiles :

Un autre enjeu du dispositif à souligner est le fait que les CHW n'ont pas de locaux fixes et sont dépendants des locaux d'autres organisations. Cela rend les conditions de travail particulièrement difficiles. Certains mangent dans leurs voitures, doivent payer pour aller aux toilettes dans un restaurant par exemple, et ne peuvent pas toujours imprimer facilement des documents pour les personnes qu'ils accompagnent. Conscients de ces difficultés, les parties prenantes du projet se concentrent sur l'amélioration du bien-être des CHW pour la suite du projet.

3.4 Les Chargés de prévention et promotion santé - CPPS

3.4.1 Présentation du dispositif

3.4.1.1 Présentation générale

Le dispositif des Chargés de prévention et promotion santé (CPPS) a démarré en 2022, suite au constat, fait pendant la crise du COVID-19, d'un manque de dispositifs d'outreach en général et plus particulièrement d'outreach collectif, de démarche communautaire de proximité en prévention et promotion de la santé. Il vise à venir en appui aux actrices et acteurs du social et de la santé pour renforcer la prévention et la promotion de la santé en région bruxelloise. Pour ce faire, les CPPS favorisent les liens entre les actrices et acteurs et mettent en œuvre des activités favorisant la prévention et la promotion de la santé sur les cinq Bassins d'aide et de soins. Les actions de prévention sont plus particulièrement axées sur les thématiques prioritaires en termes de prévention du plan de prévention de Vivalis.⁷²

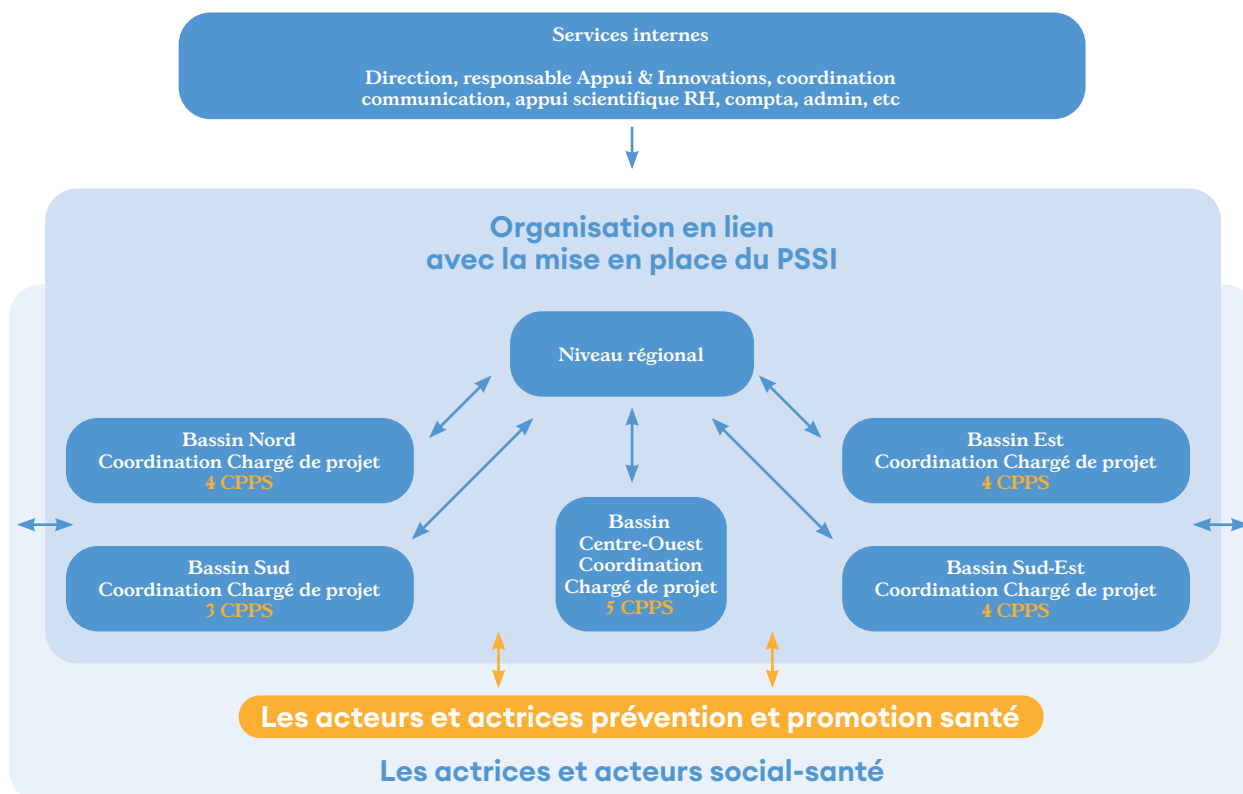
Le dispositif est composé actuellement (début 2025) de quinze travailleuses et travailleurs organisés en cinq équipes, une par Bassin. L'équipe doit être complétée pour arriver au cadre prévu de 19 CPPS.

⁷⁰ Masquillier Caroline, Cosaert Theo & Wouters Edwin, 2022, pp. 78-102.

⁷¹ Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2024, p. 72.

⁷² En plus du cadre global de politique de prévention santé (ordonnance du 16/05/24), Vivalis définit des thématiques prioritaires qui peuvent évoluer d'une année à l'autre selon les besoins prioritaires. En 2024 : alcool, cancer, diabète, tabac, tuberculose et vaccination. En 2025 : cancer, vaccination, tuberculose, tabac, les maladies et leurs vaccins, les virus hivernaux. Voir <https://www.vivalis.brussels/fr/prevenir-et-agir>

Au sein de Brusano



Le projet est subventionné par la Commission communautaire commune (Cocom).

Dans un premier temps (pour une période transitoire de deux ans), le dispositif a été mis en œuvre par la Fédération bruxelloise des maisons médicales. Des activités de prévention ont eu lieu dans ce cadre en 2023, avec au départ une équipe de 5 travailleurs pour aboutir mi-2023 à une équipe de 5 coordinateurs et 26 Chargés et Chargées de prévention et de promotion santé, organisée sur la base territoriale des (futurs) Bassins.

Depuis janvier 2024, c'est Brusano qui met en œuvre le dispositif au sein des Bassins d'aide et de soins. Le dispositif des CPPS étant une des composantes de la réforme de la 1ère ligne, il a été mis en place (sous cette nouvelle forme) au même moment que la mise en œuvre du Plan Social Santé Intégré⁷³ bruxellois.

Les CPPS font partie des 'équipes d'appui aux Bassins', composées de 3 chargées ou chargés de projet⁷⁴ (dont 1 assure également la fonction de coordinateur) et de 3 à 5 CPPS par Bassin. L'ensemble de l'équipe est responsable de la mise en œuvre de la feuille de route du bassin. Le soutien et l'accompagnement méthodologique des CPPS, ainsi que la liaison avec les autorités et les opérateurs régionaux, sont assurés par un binôme de chargés de projets au niveau régional.⁷⁵

Début 2025, les 15 CPPS présents sont répartis en équipe par Bassin. Quand l'équipe sera complète, les 19 CPPS seront répartis dans les Bassins selon le principe d'universalisme proportionné⁷⁶ : Centre-Ouest = 5 CPPS, Nord = 4 CPPS, Nord-Est = 4 CPPS, Sud-Est = 3 CPPS, Sud = 3 CPPS.

Brusano coordonne les équipes d'appui aux Bassins d'aide et de soins. Les CPPS bénéficient ainsi de réunions d'équipe, d'échanges de pratiques, de soutien méthodologique, de formations, etc.

⁷³ Voir le lexique.

⁷⁴ Notons que certains coordinateurs engagés par la FMM pour le dispositif ont intégré l'équipe de Brusano comme chargé de projet.

⁷⁵ Pour en savoir plus sur l'organisation des Bassins et leurs activités, voir <https://www.brusano.brussels/bassins/> et <https://verander-atelier-changement.brussels/>

⁷⁶ Voir le lexique.

Plus largement, des réunions entre Vivalis et les CPPS sont organisées tous les trimestres. Par ailleurs, Brusano est en contact avec les opérateurs régionaux en ce qui concerne les campagnes de prévention.

3.4.1.2. Quoi?

Si la mise en place du dispositif des CPPS a débuté en 2022, pendant la pandémie COVID-19, ses objectifs et missions ont été précisés par les autorités en 2023 et 2024. La définition de ses axes de travail et priorités a continué à évoluer sur base des constats et réflexions sur le terrain.

Les objectifs selon le cadre légal

Comme indiqué plus haut, la coordination et la mise en œuvre du dispositif ont, dans un premier temps, été confiées à la **Fédération bruxelloise des maisons médicales et des collectifs de santé francophones - FBMMCSF**.

En 2022, la mission principale de celle-ci dans le cadre de ce dispositif naissant était d'organiser l'arrivée des équipes de CPPS : constituer 5 équipes de prévention (une équipe par (futur) Bassin), préparer leur arrivée et leur intégration dans le tissu local des actrices et acteurs de première ligne, de développer un modèle de fonctionnement des équipes de prévention (dont un plan opérationnel et la coordination de l'ensemble du projet), développer un maillage territorial en santé communautaire et préparer l'intégration des CPPS au sein de ce maillage (arrêté de subvention 22/296 de la Cocom du 15/12/22).

En 2023, les objectifs des CPPS ont été définis comme suit (arrêté de subvention 23/0039 de la Cocom du 13/04/23) :

- « *Mettre en œuvre des démarches de promotion à la santé et de prévention cohérentes selon une approche territoriale*
- *Diffuser des outils pertinents en promotion de la santé et en prévention*
- *Suivre et soutenir le travail en réseau dans l'ambulatoire socio-sanitaire*
- *En cas de recrudescence pandémique, assurer les missions nécessaires à la réduction de la propagation des agents pathogènes telles que définies par les autorités ».*

À partir du 1/01/2024, la mise en œuvre du dispositif des CPPS a été confiée à **Brusano**, organisation désignée comme structure d'appui à l'ambulatoire dans le cadre du Plan Social Santé Intégré - PSSI⁷⁷. C'est dans les décrets-ordonnances et arrêtés liés au PSSI que les missions des CPPS sont évoquées :

- Une des missions des antennes de la structure d'appui (les Bassins d'aide et de soins) est de « *soutenir et développer des actions de prévention et de promotion de la santé au sein du bassin d'aide et de soins* » (Art. 21 du DOC 1^{ère} ligne⁷⁸)
- Dans ce cadre, les Bassins doivent « *mettre en place une équipe de prévention en santé publique qui a pour rôle de :*
 - a) *venir en appui aux acteurs actifs dans le domaine du social et de la santé du territoire du bassin d'aide et de soins concerné afin d'atteindre les objectifs de prévention en santé fixés par les autorités compétentes ;*
 - b) *développer l'engagement des résidents sur le territoire du quartier social santé en faveur de leur santé à travers des activités de prévention sanitaire ;*
 - c) *coordonner la réponse du secteur ambulatoire en cas de crise sociale ou sanitaire, en collaboration avec les Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune et les Services du Collège de la Commission communautaire française »* (Art. 10 de l'Arrêté d'exécution conjoint⁷⁹)

Les axes de travail des CPPS au sein des Bassins d'aide et de soins

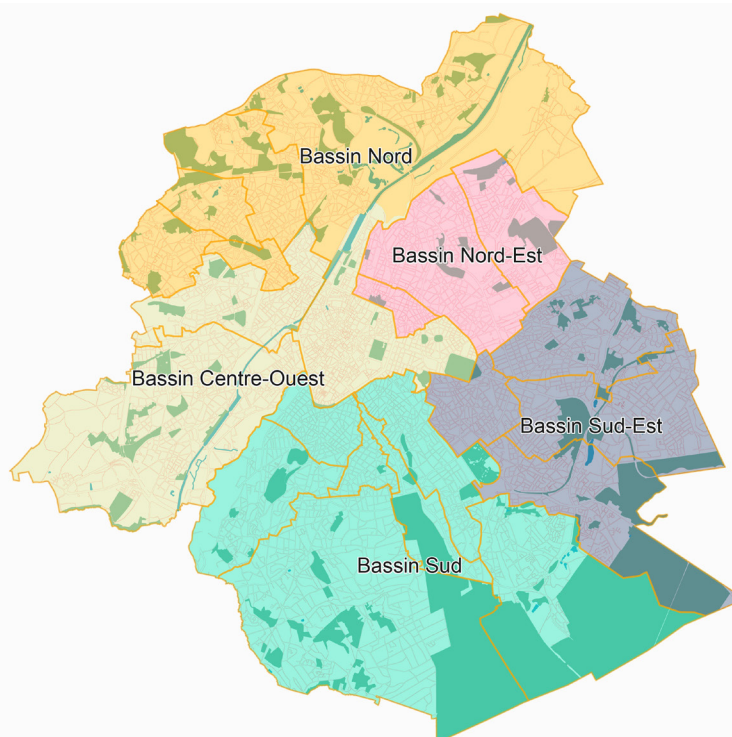
Suite à l'intégration du dispositif au sein de Brusano, une phase de concertation avec le terrain et de réflexion a permis de préciser les objectifs, missions et priorités du projet pour aboutir à sa version actuelle. Il se décline selon 3 axes :

- La connaissance des actions communautaires et de prévention/promotion de la santé (ainsi que celle des acteurs et actrices qui les portent) existantes sur le territoire concerné.
- Le renfort à l'action communautaire de prévention en santé dans le Bassin, avec pour objectifs de favoriser l'adoption, par les citoyens, de pratiques favorables à la santé et d'améliorer l'accès au dépistage et à la vaccination, en particulier pour les personnes éloignées du système.

⁷⁷ Voir le lexique qui inclut les liens vers les décrets et arrêtés.

⁷⁸ Le DOC 1^{ère} ligne : Décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale du 22/12/23 https://etaamb.openjustice.be/fr/decret-du-22-decembre-2023_n2023048741.html

⁷⁹ L'Arrêté d'exécution conjoint : Arrêté d'exécution conjoint du Collège réuni de la Commission communautaire commune et du Collège de la Commission communautaire française portant exécution du décret et ordonnance conjoints du 22 décembre 2023 et du 25 janvier 2024 relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale du 4/04/24



- L'appui, par le soutien à la mise en place de dispositifs spécifiques, aux acteurs et projets œuvrant à la réduction des risques, à l'accès à la vaccination et au dépistage pour des publics en situation de vulnérabilité.

Le rôle du dispositif est de créer du lien, de favoriser et développer des synergies, de conforter et renforcer les réseaux et le maillage entre acteurs et actrices qui mènent leurs actions de proximité avec la population.

3.4.1.3 Où ?

Des CPPS sont présents dans chacun des 5 Bassins d'aide et de soins :

- Le Bassin Nord s'étend sur les communes de Berchem-Sainte-Agathe, Ganshoren, Jette, Koekelberg et une partie de Bruxelles-Ville (Laeken, Neder-Over-Heembeek et Haren) : 223.509 habitants.⁸⁰
- Le Bassin Nord-Est s'étend sur les communes d'Evere, Schaerbeek et Saint-Josse-ten-Noode : 201.921 habitants.
- Le Bassin Sud-Est s'étend sur les communes d'Auderghem, Etterbeek, Woluwe-Saint-Lambert et Woluwe-Saint-Pierre : 188.155 habitants.

- Le Bassin Sud s'étend sur les communes de Forest, Ixelles, Saint-Gilles, Uccle, Watermael-Boitsfort et une partie de Bruxelles-ville (l'avenue Louise) : 319.935 habitants.

- Le Bassin Centre-Ouest couvre les communes d'Anderlecht, Molenbeek et une partie de Bruxelles-Ville (le 'Pentagone' et le quartier européen) : 312.616 habitants.

Si chaque 'équipe d'appui au Bassin' (coordinateurs de Bassin, chargés de projet et CPPS) dispose de ses propres locaux sur le territoire du bassin, les activités et réunions y sont rarement organisées et ont fréquemment lieu dans des locaux d'acteurs et actrices du Bassin, selon les besoins.

Dans chaque Bassin, des lieux pouvant accueillir des activités de prévention et promotion à la santé ont été identifiés en fonction de leur accessibilité, des possibilités de collaboration et des besoins des habitants (voir la chapitre *Comment?*).

La mobilité des équipes CPPS est prévue afin de pouvoir rééquilibrer les ressources et renforcer un Bassin en cas de situation d'urgence sanitaire, de petite ou grande ampleur.

⁸⁰ Population au 01/01/2024.

3.4.1.4 Comment?

Dans les premiers temps de l'existence du dispositif, lorsqu'il était coordonné par la **Fédération des maisons médicales**, les CPPS ont dû s'approprier le projet, ce qui a impliqué diverses formations de mise à niveau (le profil des CPPS recrutés étant très diversifié), un travail de maillage pour découvrir les actrices et acteurs de prévention déjà actifs sur le terrain et se faire connaître d'eux, une récolte d'informations sur la réalité des différents Bassin (offre sociale-santé existante, besoins de la population fragilisée, politiques locales de prévention menées, etc.).

Les activités proprement dites, débutées essentiellement à partir de mi-2023, visaient principalement à renforcer des activités de prévention déjà organisées, autour des six thématiques prioritaires du Plan de prévention de Vivalis, par les actrices et acteurs de prévention et de promotion santé présents sur le terrain. À la demande de ceux-ci, des CPPS allaient distribuer des folders d'information, d'autres participaient aux animations de promotion/prévention, etc. Des activités d'information et de prévention ont également été organisées lors de marchés de quartier.

La mise en œuvre du dispositif par **Brusano**, ainsi que la clarification des objectifs apportée par les textes légaux (voir plus haut) ont amené, à l'issue de la réflexion, de rencontres avec les acteurs et actrices du secteur et de la redéfinition, à recentrer le travail des CPPS sur 4 types d'activités principales de prévention et promotion de la santé :

- La récolte et la diffusion d'informations autour de thématiques de prévention, dont la publication mensuelle d'une 'Info prévention santé' par Bassin,
- L'organisation mensuelle de 'Rendez-vous de la Prévention Santé' dans différents quartiers sélectionnés⁸¹ au sein de chaque Bassin et à destination d'une population qui reste éloignée des campagnes et des dispositifs de prévention,
- La mise en place de dispositifs spécifiques en collaboration avec les actrices et acteurs de la ligne 0.5 à destination de publics en situation de grande vulnérabilité,
- Des sensibilisations thématiques en réponse à un manque d'actions ou d'informations sur certains sujets de prévention.

Les activités des CPPS se fondent sur les orientations suivantes :

1. Être en lien direct avec les publics qui restent éloignés des dispositifs et campagnes de prévention

« Le projet vise à renforcer les dynamiques de prévention avec des méthodes de promotion dans les bassins et les dynamiques de lien direct avec les publics, un rôle important qui a manqué lors de situations de crise comme le Covid. » (Coordinatrice)

Cette approche se met en place via la préparation et l'organisation des 'Rendez-vous de la Prévention Santé'. Ce sont des ateliers collectifs autour de thématiques de prévention et de la santé positive. Ces Rendez-vous sont organisés de manière régulière, une fois par mois, dans des quartiers sélectionnés sur base d'informations récoltées auprès de professionnelles et professionnels de terrain au sein des Bassins. Ils visent en particulier les personnes éloignées des services et campagnes de prévention. Ce public est contacté via les actrices et acteurs locaux, partenaires de l'organisation des Rendez-vous, mais également via l'information diffusée et la présence dans le quartier, ou via la participation à des événements ou activités dans le quartier.

« Pour les lieux d'organisation des Rendez-vous, on a choisi des lieux de passage, où il y a du 'tout venant', mais peu d'activités de prévention et promotion de la santé, comme par exemple certains projets de cohésions sociales de logements sociaux, ou des centres communautaires, des gemeenschapcentra ou lokaal-dienstencentra (afin de bien toucher tant les francophones que les néerlandophones), ou une AMO pour toucher des jeunes... On essaye de trouver des lieux ouverts et de varier les types de lieux. » (CPPS)

« On a des affiches, des flyers pour annoncer les Rendez-vous. On les met dans les lieux de passage, dans les pharmacies, un coiffeur, on les diffuse via les coordinations sociales, ... On a démarré un facebook, on compte aussi faire des annonces dans les revues des communes. » (CPPS)

« Certains professionnels sont également de bons diffuseurs d'information auprès d'une population peu atteinte par les activités de prévention : les aides familiales ou aides ménagères, les médiateurs de quartier, etc. » (CPPS)

⁸¹ En 2025, 5 quartiers seront sélectionnés dans chaque Bassin. Ils pourront être plus nombreux dans le futur. Le choix des quartiers s'est fait sur base d'ateliers participatifs lors des ADC (ateliers du changement) et de Concertations thématiques prévention et promotion de la santé, mais également sur base de données sur les communes et quartier (comme les Zoom des communes), de diagnostics locaux (contrats de quartier, CLSS, etc.) ou d'informations récoltées sur le terrain par les CPPS en 2023 lors de la première phase du projet. La présence ou non d'acteurs et d'actrices de la prévention développant une démarche communautaire dans un quartier (afin de ne pas faire doublon) et l'expression ou non d'une demande (pour appuyer une dynamique de prévention collective positive) ont joué dans la sélection.

« Nous on a fait des maraudes dans le quartier, on va marcher à la rencontre des habitants, pour parler de la vie de quartier et de ce qu'ils considèrent comme prioritaire en termes de santé, de prévention. Quand on a l'occasion, on s'arrête dans certaines pharmacies, pour parler avec les professionnels, leur parler du projet et des thématiques santé qui leur semblent prioritaires à aborder avec les habitants. » (CPPS)

« On va participer au Patchwork festival organisé par le centre culturel d'Evere. C'est un moment et un espace festif d'expression, de rencontre et d'échange. Cela nous permettra de nous intégrer dans le paysage local, de rencontrer des habitants, qu'ils nous voient. » (CPPS)

2. Apporter un renfort à l'action communautaire de prévention en santé dans les Bassins

L'objectif des 'Rendez-vous de la Prévention Santé' est de favoriser l'adoption de pratiques bénéfiques pour la santé et d'améliorer l'accès au dépistage et à la vaccination, en particulier pour les personnes éloignées du système. Ces Rendez-vous sont organisés en partenariat avec des actrices et acteurs locaux : ces derniers relayent l'information, viennent avec leurs publics ou animent l'activité collective. Les CPPS y sont garants du cadre auprès des bénéficiaires et proposent également une activité propre autour de la santé positive.



<https://www.bassin-nord-est.brussels/>

Les Rendez-vous sont pensés comme une action communautaire récurrente, mensuelle, permettant aux habitantes et habitants d'un quartier de se rassembler régulièrement, dans un climat de confiance, pour un moment de parole et d'échange autour de la santé au sens large : travailler la santé positive et venir connecter d'autres thématiques qui seraient identifiées comme prioritaires par les habitants. Cette présence physique organisée dans un lieu

défini de manière régulière vise à créer une interconnaissance et une confiance entre les acteurs et le public du quartier. Les habitantes et habitants qui savent où et quand ils peuvent retrouver ce Rendez-vous, pourront potentiellement être eux-mêmes moteurs de ce dispositif et en parler autour d'eux, dont des personnes éloignées des services social-santé. Créer cette dynamique-là sera une étape future du projet, mis en place récemment.

Les CPPS participent également à des activités organisées par des actrices et acteurs locaux ou coordonnées avec eux.

« Au mois d'avril, on a participé au stand organisé par la commune de Forest pendant une semaine autour de la journée mondiale de la santé. » (CPPS)

« Lorsqu'une organisation partenaire d'un Rendez-vous organise une activité juste avant celui-ci, par exemple le matin, on essaye d'y participer, pour être déjà en lien avec certains participants. On va combiner. Par exemple, on a participé à une balade exploratoire dans le quartier pour explorer l'accessibilité du quartier pour les personnes âgées, et juste après il y avait le Rendez-vous, c'était chouette. Ou un repas international où tout le monde est invité avant nos activités. On sort du cadre strict de nos activités prévention pour aller à la rencontre des gens, là où ils sont. » (CPPS)

« On a eu des demandes concernant le cancer du sein. On a organisé l'activité avec la Fondation contre le cancer qui a une grande expertise pour aborder cette thématique. Et puis, il y avait les conseillers Santé pour aborder le volet relatif à l'accès à la santé et donc aux dépistages. C'était top. » (CPPS)

« On a organisé une action de prévention autour de Mars bleu (dépistage du cancer colorectal), avec plusieurs partenaires, sur un marché à Saint-Josse. Par exemple, nous on était là avec les affiches, flyers et les kits. Le collègue RAQ de ce quartier s'est hyper fort impliqué pour atteindre les gens qu'il connaissait déjà, ça aide vraiment. Le conseiller Santé avec ses infos sur le droit au remboursement. C'était hyper complémentaire. » (CPPS)

3. Soutenir les démarches d'outreach

« Les CPPS, c'est un dispositif qui doit se connecter avec tous les dispositifs d'outreach du territoire pour pouvoir créer du lien et de l'interconnaissance. Ainsi, en cas de nouvelle crise à gérer, s'il faut aller-vers la population sur une thématique spécifique, les CPPS, les RAQ ou tous ceux qui font de l'outreach peuvent se mettre ensemble et collaborer. » (Coordinatrice)

Il s'agit d'offrir un appui aux professionnels et projets œuvrant à la réduction des risques ou à l'accès à la vaccination et aux dépistages de cancers pour des publics fragilisés et très éloignés des services et campagnes de prévention.

« Ce travail, en connexion avec les associations de la ligne 0.5, vise la prévention et la lutte contre les inégalités en santé. » (Coordinatrice)

« Dans certains Bassins, il y a plein de squats. On est en train d'en discuter avec Cover, des CHW et d'autres : comment les informer des dépistages, des vaccinations auxquelles ils ont droit ? Et donc, comment ils peuvent avoir accès, d'une part, à l'AMU et, d'autre part, aux programmes de vaccination obligatoire. Ça, c'est la priorité qui a été identifiée. Une fois qu'on a ça, s'il y a par exemple la rougeole et qu'on doit les vacciner contre la rougeole, l'équipe mobile (Cover) est là, et les acteurs prévention du quartier viendront donner un coup de main. » (Coordinatrice)

Cet axe de travail concernant des publics en situation de grande vulnérabilité en est à ses prémices et doit encore être développé par les CPPS.

Lorsqu'il sera mis en pratique, les CPPS envisagent de ramener leurs expériences auprès de ces publics auprès des professionnels de la première ligne lors des concertations thématiques prévention et promotion de la santé organisées par les Bassins.

4. Construire un maillage pour une connaissance des actions communautaires et de prévention/promotion de la santé existantes sur le territoire concerné et pour développer un travail en partenariat

Déceler les projets, aller à la rencontre des actrices et acteurs de la prévention dans chaque Bassin et les mettre en lien constituent des tâches centrales pour les CPPS. Ces tâches ont été mises en œuvre via, entre autre, la participation aux 'Ateliers du changement', qui sont des lieux de rencontre, d'information ou de participation qui rassemblent les acteurs et actrices social-santé d'un Bassin.

En vue de construire ce maillage, les CPPS participent aux concertations thématiques organisées dans les Bassins. Ces participations permettent d'être en contact avec les professionnelles et professionnels, de récolter et diffuser de l'information :

- Il s'agit principalement des concertations thématiques 'prévention et promotion santé' (CT 'prev-prom') de chaque Bassin. Celles-ci sont ouvertes aux actrices et acteurs sur social et de la santé d'un Bassin. Les objectifs de ces CT 'prev-prom' sont d'assurer une fonction de veille des besoins de la population en matière de prévention et promotion de la santé, d'identifier les

ajustements nécessaires en termes d'offre et de collaboration afin que les besoins soient couverts, de suivre les actualités du bassin sur la thématique et ainsi développer une approche plus concertée des enjeux de prévention et promotion de la santé dans le Bassin. Ces réunions de CT s'organisent, entre autres, autour des 'actualités du secteur' : échanges d'informations sur les activités des participants, dont les CPPS, sur des outils autour des campagnes de prévention en cours, des thématiques de prévention choisies comme prioritaires par les acteurs et actrices du Bassin. Les CPPS y présentent des informations sur des thématiques de prévention (selon les thématiques d'actualité), ...

- Les CPPS du Bassin Centre-Ouest participent aux 'Lunch du Bassin Centre-Ouest', rencontres organisées par le Bassin dédiées à l'outreach qui visent à favoriser les synergies et à renforcer l'interconnaissance entre les différents acteurs et actrices de terrain qui interviennent auprès de publics dits 'bas seuil'.

Par ailleurs, les CPPS vont à la rencontre des acteurs présents sur les quartiers où s'organisent les 'Rendez-vous de la Prévention Santé' (voir plus bas), soit à leur propre initiative, soit à la demande d'actrices et d'acteurs qui ont entendu parler du dispositif.

« Il y a eu beaucoup de mails envoyés pour nous présenter et faire connaissance, mais aussi beaucoup de rencontres, de prospection sur le terrain. Ça nous a permis, par la suite, d'organiser des choses ensemble. Donc je pense que la rencontre, c'est ce qui est le plus efficace. » (CPPS)

« On a fait des listings de tout ce qui existait au niveau du quartier et aussi des communes de notre Bassin. Cela nous permet de contacter celles et ceux qui peuvent animer, participer, intervenir, soutenir l'organisation d'un Rendez-vous selon leurs expertises. » (CPPS)

« Parfois c'est nous qui allons vers les acteurs, parfois nous recevons des demandes de rencontres, soit parce qu'ils ont entendu parler de nous lors d'un ADC (atelier du changement), soit lors d'une concertation thématique, soit suite au bouche à oreille entre professionnels. » (CPPS)

« Cela nous permet également de mieux orienter les personnes lorsqu'elles expriment un besoin, par exemple une dame qui demande de l'aide à domicile, etc. » (CPPS)

Les CPPS participent également aux réunions de coordinations et plateformes locales, comme par exemple le Groupe de travail Seniors d'Evere, la Coordination sociale Heembeek-Mutsaard, etc.

« Ça nous a permis aussi de nous mettre en connexion, de voir qui fait quoi et d'avoir des collaborations avec des personnes qui connaissent très bien le quartier ou la commune. » (CPPS)

Le travail de maillage des CPPS permet, facilite le travail en partenariat mené par ailleurs. Il vise également à soutenir une coordination des initiatives de prévention locales autour de thématiques mensuelles afin de soutenir une dynamique préventive collective au sein des Bassins.

« On a entendu : « les CPPS ce sont des personnes qu'on va mobiliser, réquisitionner en temps de crise pour des actions précises et, en attendant, on va leur faire faire un peu de promotion en prévention ». Et bien non, ce n'est pas cela. Les dispositifs mis en place structurellement doivent en effet remplir des fonctions qui ont manqué lors de situations de crise vécues. Mais dans le futur, ce n'est pas uniquement les CPPS, les RAQ, les CHW et Conseillers en Santé qui vont être mobilisés en situation de crise. C'est l'ensemble du terrain qui va l'être, via les Bassins, selon la logique de la responsabilité populationnelle. Le fait d'apprendre à travailler ensemble dès maintenant va pouvoir ajuster les pratiques, afin de pouvoir continuer les missions de base tout en participant à l'effort collectif qui doit être fourni en cas de crise. Car cela a manqué pendant le Covid. Le dispositif des CPPS vient s'inclure dans la dynamique territoriale et collective en construction, en soutien et partenariat des acteurs locaux présents et actifs au sein des Bassins. » (Coordinatrice)

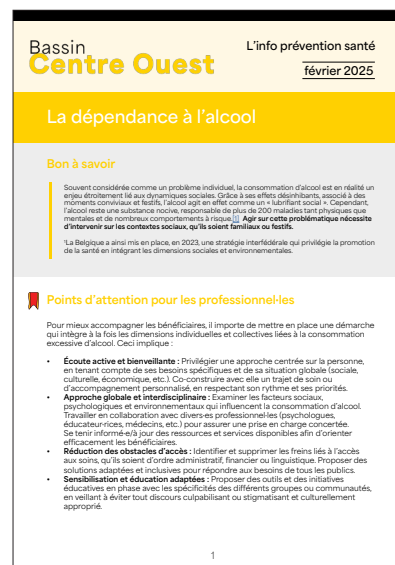
5. Développer des outils pour soutenir la dynamique collective de prévention ou de promotion de la santé dans les Bassins

Les équipes de CPPS rédigent une publication mensuelle, L'info prévention santé, autour d'une thématique de prévention commune. Elle est relayée via le site du Bassin. Ainsi, le site web de chaque bassin propose chaque mois un article consacré à une thématique sanitaire bien définie dans lequel sont présentées à la fois des informations concrètes sur la thématique (statistiques, modalités de dépistages, prise en charge par les mutuelles, outils de sensibilisations, adresses utiles...) et les initiatives qui y sont associées au niveau du bassin.

Par exemple, l'agenda des thématiques choisies pour 2025 est le suivant :

Janvier – Cancer du col de l'utérus (thématique annuelle)
Février – Dépendance à l'alcool (Tournée minérale)
Mars – Cancer colorectal (Journée mondiale)
Avril – Tuberculose
Mai – Tabac (Journée mondiale)

Juin – Assuétudes (réduction des risques)
Juillet – Hydratation (coup de chaleur)
Août – Cancer de la peau
Septembre – Vaccination
Octobre – Cancer du sein (Octobre rose)
Novembre – Diabète (Journée mondiale)
Décembre – HIV & IST (Journée mondiale)



Cette publication mensuelle est destinée aux professionnelles et professionnels, afin de leur faciliter l'accès aux informations, outils et ressources utiles pour accompagner leurs publics. Au-delà de la publication en tant que telle, cette démarche vise à inviter les professionnels et professionnelles du bassin à se coordonner et à travailler ensemble sur ces thématiques.

3.4.2 Quels freins et enjeux?

Les freins et enjeux exprimés par les personnes rencontrées (CPPS, coordinatrices) concernant le dispositif des CPPS touchent divers sujets :

Rendre compréhensible le rôle des CPPS et leur place spécifique par rapport aux autres acteurs :

La première difficulté rencontrée fut la difficulté de compréhension du rôle des CPPS et la raison de la création et du financement de ce nouveau dispositif, particulièrement pour les actrices et acteurs du secteur de la promotion de la santé :

« Le terrain s'est posé des questions : 'c'est qui ces gens qui débarquent et qui font certaines choses pendant le Covid ? Et le même après, ça continue'. Certains n'étaient pas d'accord avec les modalités d'intervention, d'autant que les CPPS n'étaient assez nombreux pour répondre à toutes les demandes d'appui et de renfort du terrain. En fait, ça a créé des frustrations et de l'incompréhension. Notre boulot, pendant des mois a été d'aller voir

les acteurs et les écouter, d'expliquer les objectifs, de les entendre sur 'Selon vous, qu'est-ce qui est intéressant ?', etc. On a discuté et réfléchi avec nos CPPS sur base de leur expérience de terrain, ainsi qu'avec nos collègues RAQ. On a proposé de nouveaux axes et modalités pour le dispositif. On a présenté le nouveau projet aux acteurs du secteur de la promotion de la santé, au cabinet et aux acteurs régionaux de la prévention. Et ça semble être porteur de sens pour tout le monde. Maintenant, il faut le mettre en œuvre sur le terrain. » (Coordinatrice)

Les échos reçus par Brusano d'acteurs de terrain, concernant particulièrement les activités mises en œuvre en 2025 (*L'info prévention santé* et les *'Rendez-vous de la Prévention Santé'*), semblent montrer une évolution positive à ce propos.

Arriver à soutenir une dynamique collective de prévention ou de promotion de la santé dans les Bassins qui articule une approche *top-down* et une approche *bottom-up* :

Les CPPS doivent prendre en considération la vision régionale (par exemple en termes de thématiques de prévention prioritaires) tout en s'adaptant aux besoins exprimés sur le terrain.

Dans ce contexte, il peut sembler utile d'opter pour une certaine souplesse dans la mise en œuvre, offrant une place pour les thématiques choisies comme prioritaires par les autorités et les besoins exprimés par les habitants lors des activités des CPPS.

« Ce qui est important, c'est d'adapter la théorie à la pratique. Lors des Rendez-vous de la prévention santé, on ne vient pas d'emblée avec ces thématiques sauf si cela correspond à une demande, mais on va avoir avec nous des supports concernant la thématique du mois. Comme par exemple, pour le mars bleu (mois de la journée mondiale du cancer colorectal), on va avoir des flyers, des affiches, des kits juste à côté de nous et si une personne nous pose des questions, on va y répondre. » (CPPS)

« Finalement, avec l'expérience, ça semble intéressant d'aborder ces thématiques même s'il n'y a pas de demande au départ. Par exemple, les cancers, ce n'est pas un sujet marrant, ce n'est pas des thématiques qui vont être demandées, car c'est un peu tabou. Mais par exemple, sur un marché, les personnes viennent faire leurs petites courses, mais on a eu de super discussions autour du cancer du sein avec certaines femmes. Et on a eu aussi des retours très positifs d'aides à domicile qui ont eu de supers échanges à partir du matériel d'information qu'on leur avait donné. » (CPPS)

« Par exemple, parler de l'alimentation saine avec quelqu'un qui n'a pas accès à l'alimentation, c'est compliqué. Ou parler de l'arrêt du tabac avec des toxicomanes, aussi. » (CPPS)

« Donc c'est intéressant d'avoir ces deux approches : d'une part les campagnes sur les thématiques officielles et d'autre part le travail autour de la santé positive, de la prévention et de promotion de la santé autour de thématiques demandées par les habitants. On doit pouvoir ouvrir à des sujets comme le burn out, le suicide, la dépression, etc. » (CPPS)

Mettre en lien les compétences et les expertises nécessaires pour atteindre les objectifs :

À l'origine, l'équipe de CPPS a été constituée de personnes qui avaient participé au 'Tracing Covid'. Ces profils n'avaient pas tous la formation et l'expérience suffisante pour mener à bien la mission.

Il a été nécessaire d'augmenter l'expertise de l'équipe et de recentrer leurs tâches sur une approche de santé positive en s'appuyant sur des outils de promotion en santé. La mise en réseau autour des thématiques abordées permet de renforcer l'expertise de l'équipe des CPPS.

« Les profils des personnes engagées comme CPPS à l'origine en termes de compétences ne correspondent pas aux objectifs. Leur expérience durant le Covid leur permettait d'assurer l'accueil du public, distribuer des folders...Mais commencer à parler prévention, diabète, de dépistage de cancers, alimentation, de résistance vaccinale, etc., nécessite des compétences bien particulières. Par ailleurs la posture et la diversité des approches des CPPS (collectif, communautaire, en lien avec les acteurs social-santé, en lien avec la population...) nécessitent un savoir-faire et un savoir être qui doit s'affiner au fil de l'expérience. Le travail collaboratif avec le secteur de la promotion santé et avec les acteurs ayant une expertise spécifique sur certaines thématiques est essentiel pour renforcer l'action de prévention à l'échelle des 5 bassins. » (Coordinatrice)

Adapter les méthodes de travail et les types d'action au défi que constitue le fait de développer une action sur un Bassin (territoire vaste) avec une équipe relativement réduite :

Il a été nécessaire de redéfinir les activités des CPPS en tenant compte de la réalité : des équipes de 3 à 5 personnes pour couvrir des Bassins de 190.000 à 320.000 habitants.

« Donc les CPPS de la FMM ont répondu pendant un an aux demandes d'appui et de renfort pour les activités des acteurs et actrices de la prévention et la promotion de la santé. Vous imaginez bien, 25 personnes au maximum pour toute la région bruxelloise... Si toutes les associations ou gros acteurs régionaux qui travaillent sur ces thématiques-là (les 6 du Plan), appellent dès qu'ils veulent un renfort en personnel, ben en gros, leur agenda a été tout de suite full, ils ne pouvaient plus répondre à rien, débordés par les demandes... Nous aussi, si on reste dans la logique de réponse aux demandes de renfort du terrain, on ne ferait que créer des frustrations parce qu'on ne pourrait aider qu'une toute petite partie des acteurs. On s'est dit, on va repartir dans une réflexion exploratoire pour construire quelque chose qui puisse, selon nous, au mieux nourrir l'atteinte des objectifs. Parce que cela ne sera évidemment qu'avec toute une série d'autres acteurs qu'on y arrivera. 3 à 5 CPPS sur des bassins qui font de 250.000 à 350.000 habitants, ils vont pas y arriver. » (Coordinatrice)

Ce contexte reste un défi pour le dispositif. Un des leviers semble être la réussite de la mobilisation de l'ensemble des acteurs social-santé autour de la notion d'une vision intégrée de la prévention et de la promotion de la santé.

« En fait, nous on a en tête que la prévention et la promotion de la santé, ça concerne tout le monde : social et santé. Il faut sortir de la logique 'Il y a ceux qui font la promotion et la prévention de la santé et il y a les autres'. De la même manière que l'accès aux droits, ça ne doit pas être une préoccupation uniquement des travailleurs sociaux qui travaillent cette question-là, etc. Tu vois, on a parlé des publics vraiment presque hors système. La première chose à voir, c'est activer l'Aide Médicale Urgente (AMU) systématiquement là où le point de connexion se fait entre un bénéficiaire et n'importe quel acteur. Il ne faut pas attendre qu'il y ait un besoin de soins pour commencer à se dire « on va le faire ». (...) Pour moi, cette étape de sensibilisation du réseau à cette logique d'intervention et de pratique est une étape avant de nombreuses autres étapes, avant qu'on y arrive à un décloisonnement des secteurs et une dynamique collective de prévention intégrée. On va avancer petit à petit. » (Coordinatrice)

Développer les modalités d'action pour mieux atteindre la population éloignée des services : Arriver à toucher et mobiliser les habitants d'un quartier sur des thématiques de prévention demande de trouver les méthodes adéquates et un travail sur la durée.

« Toucher les personnes vulnérables, c'est quelque chose qui va s'inscrire dans le temps. C'est parfois frustrant au début, toute la préparation que cela demande, mais c'est sur le bon chemin. On creuse cette question de la participation citoyenne au niveau du GT méthodes & participation, au niveau des concertations thématiques, etc. On est content des expériences déjà menées. » (Coordinatrice)

Développer des approches de travail communautaire partagées entre acteurs locaux :

L'action communautaire est identifiée par les travailleurs de plusieurs dispositifs (CPPS, RAQ, etc.) comme un axe pertinent pour se connecter à la population, et particulièrement aux habitants éloignés des services. La convergence et la mise en lien entre les actrices, acteurs et dispositifs qui développent ce type d'approche sont soulignées comme un levier utile en cas de futures crises.

« On a senti, sans vraiment se concerter, que le dispositif des RAQ, qui est le plus proche de nous selon moi, parce qu'ils renforcent l'action communautaire, a évolué de la même manière. Ils sont également en train de revoir les modalités d'intervention et ils ont aussi identifié l'action communautaire comme l'axe le plus pertinent. Ils travaillent aussi avec une réflexion sur les données et les méthodes. Donc c'est positif, on voit qu'il y a des points de convergence qui se mettent en place. Même si clairement leur thématique c'est l'accès au droit et que nous, c'est la promotion et la prévention de la santé, ce ne sont que des portes d'entrée. Au niveau des modalités d'intervention, si elles sont les mêmes, ça veut dire que les liens avec la population vont se tisser. Et en cas de crise on pourra se connecter. On pourra agir plus facilement et de manière convergente et concertée. » (Coordinatrice)

Développer une démarche communautaire prend du temps, il faut pouvoir intégrer cette donnée, individuellement comme travailleur et collectivement, avec les partenaires et responsables :

Les résultats d'une démarche communautaire s'inscrivent sur la durée. Même si cette réalité est connue, travailler sur des actions dont les résultats peuvent prendre du temps à se manifester peut avoir des effets sur la motivation des travailleurs, des partenaires, voire de responsables.

« Quand on a de chouettes partenaires et de chouettes lieux, ça roule, il y a beaucoup de positif et c'est très agréable. Dans d'autres quartiers, c'est parfois plus compliqué. Et lancer une dynamique de quartier autour de la santé, c'est lent. La mobilisation du public, vraiment, c'est quelque chose

de compliqué. On nous a prévenus. On en est au début. Il n'y a pas encore beaucoup de participants, mais la dynamique s'installe petit à petit. On voit qu'on arrive à planter de petites graines à chaque fois » (CPPS)

Dépasser le clivage social et santé :

« Depuis le temps que je suis sur le terrain, dans les situations vécues par les personnes, le social et la santé sont intriqués, mais ça fait des années que les secteurs se développent chacun de leur côté, selon leurs spécificités. Nous, on l'entend tout le temps : « C'est trop santé et pas assez social. Ah non, c'est trop social et c'est pas assez santé ». Oui, chercher un logement, c'est social, la fracture numérique, c'est social, mais penser que ça n'a aucun impact sur la santé, je n'y crois pas. Il faut travailler par étape et donc sur ce qu'il y a en commun, ce qu'on peut faire ensemble. » (Coordinatrice)

*

Ce qui a été présenté dans ce chapitre est implémenté durant 2025 et sera réajusté par la suite en fonction de l'expérience menée et des constats. Le dispositif désire rester flexible pour s'ajuster aux besoins des publics et habitants, ainsi qu'aux enjeux de santé à Bruxelles.

3.5 Les Conseillers en Santé - CeS

3.5.1 Présentation du dispositif

3.5.1.1 Présentation générale

Le dispositif intermutualiste des Conseillers en Santé (CeS) met en œuvre un travail de prévention et de promotion de la santé individualisé auprès d'une population ciblée, selon la thématique de prévention visée. Ce travail de prévention prend principalement la forme d'appels téléphoniques proactifs et l'animation d'ateliers santé. Le but de ces contacts est d'évaluer les besoins des personnes ciblées en termes de santé et de bien-être, de proposer des informations pratiques et accessibles concernant tant les thématiques de prévention en santé ciblées⁸² que l'accès aux soins de santé (sécurité sociale, soins et aides) et plus généralement, de lutter contre l'isolement et de réduire les inégalités en matière de santé en région bruxelloise. Au-delà de l'aspect de sensibilisation et d'information, les CeS offrent un accompagnement personnalisé afin que les personnes du groupe-cible puissent initier une action ou prendre une décision en faveur de leur santé.

Le projet 'Agents de prévention'⁸³ (ancienne dénomination des Conseillers en Santé en RBC) a été initié en 2021 par les Services du Collège réuni (SCR/Vivalis) de la Commission communautaire commune (Cocom) et un consortium d'organismes assureurs, dans le contexte de la pandémie COVID-19. Sa dénomination, ses objectifs et ses groupes cibles ont évolué dans le temps. À ses débuts, le projet a été lancé afin d'informer sur la pandémie et les mesures de prévention prises, mais également d'identifier et prendre en compte l'impact de la pandémie sur les besoins physiques, psychiques et sociaux⁸⁴. Il visait des publics éloignés des informations et services, et plus particulièrement au départ, les Bruxelloises et Bruxellois de plus de 65 ans isolés. Il a donc été mis en place en complémentarité aux différents dispositifs de tracing⁸⁵.

L'expérience des Agents de prévention ayant montré l'utilité de contacts téléphoniques proactifs pour toucher les personnes isolées, ainsi que la pertinence de l'utilisation des données disponibles auprès des mutualités pour cibler des personnes spécifiques, le projet a été prolongé. À partir de 2022, vu le contexte sanitaire changeant, de nouveaux objectifs et groupes cibles ont été définis. Le projet a été renommé en 'Conseillers en Santé'. Le projet repose sur le principe d'universalisme proportionné : des actions sont proposées à l'ensemble de la population tout en adaptant l'intensité du soutien en fonction des besoins spécifiques de certains groupes plus vulnérables.

Initialement, au second semestre de 2022, le dispositif se composait de 20 ETP⁸⁶. En 2024, l'effectif était de 16 CeS, correspondant à 10 ETP. Le dispositif se compose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant les CeS, mais aussi une équipe de coordination et d'analyse. Ils travaillent au sein de cinq organismes assureurs qui collaborent pour ce projet, c'est-à-dire les Mutualités Socialiste (Solidaris Brabant), Chrétiennes (MC/CM), Libérales (MutPlus), Neutres (Mutualia) et Libres (Partenamut et Helan). Certains travailleurs se consacrent à temps plein à cette fonction de CeS à ces tâches, d'autres la combine avec d'autres tâches. Ils sont parfois attachés au service social de leur mutuelle, ou peuvent former une équipe à part entière.

⁸² Voir plus loin, le chapitre 'Comment ?'

⁸³ En Wallonie, le même type de projet existe sous le nom d'Agents de Prévention santé. L'AVIQ détermine les groupes cibles et les thématiques d'intervention, sur base des priorités du plan wallon de promotion de la santé et prévention.

⁸⁶ Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale (ed), 2022, « Note aux membres du Collège Réuni de la Commission Communautaire Commune, renouvellement des contrats et autres partenariats dans le cadre de la gestion de la pandémie COVID-19 (1er juillet 2022 au 31 décembre 2022) ».

Plusieurs CeS sont des assistants sociaux ou infirmiers aux parcours variés, d'autres le sont devenus sur base de leur expérience. Ils ont reçu une formation sur la connaissance du système de sécurité sociale belge et doivent avoir un intérêt pour la prévention et le secteur de la santé et du bien-être en général.⁸⁷ L'équipe est multilingue, et sait communiquer en français, néerlandais, anglais, arabe, turc et italien.

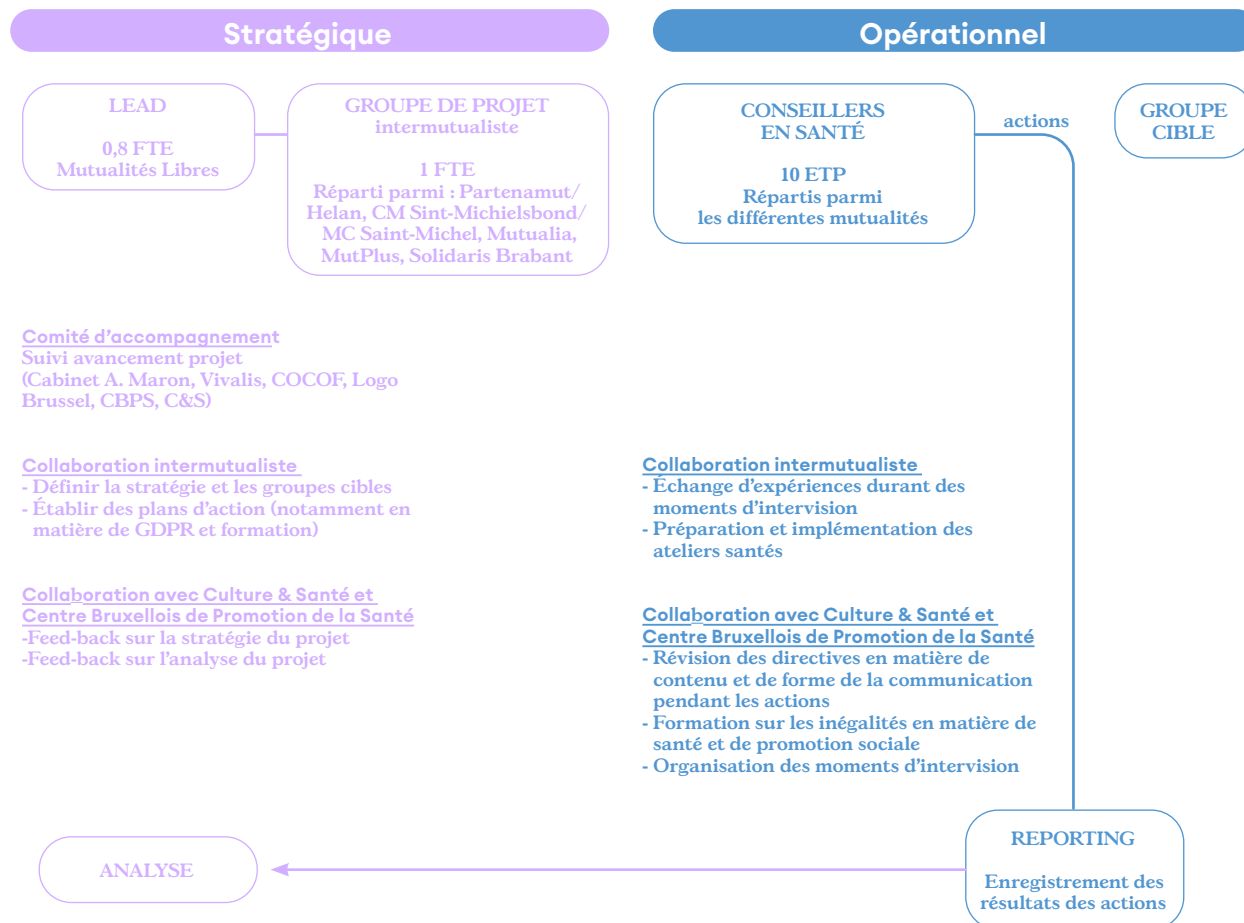
L'Intermut a chargé les Mutualités Libres de la coordination de ce projet. Par ailleurs, le dispositif est aussi accompagné par :

- Un groupe porteur formé de responsables venant des cinq mutualités participant au projet. Leur rôle principal est de garantir que les actions respectent les objectifs de santé publique et les directives spécifiques de chaque mutualité, tout en assurant une cohérence intermutualiste dans le projet. Ce groupe a aussi contribué à la formation des CeS et a joué un rôle dans le suivi des indicateurs de performance.⁸⁸
- Un comité d'accompagnement composé de représentants du Cabinet du ministre bruxellois

de la Santé, des Services du Collège réuni (SCR)/Vivalis, de la Commission communautaire française (COCOF), du Centre Bruxellois de la Promotion de la Santé (CBPS), de Culture & Santé, de Gezond in Brussel (anciennement Logo Bruxelles). Ce comité assume l'examen des choix stratégiques, mais aussi le suivi de l'avancement du projet et son évaluation. La présence de Vivalis permet de s'assurer que la stratégie annuelle définie est cohérente avec les objectifs de prévention prioritaires de la Région de Bruxelles-Capitale.

- Cultures & Santé et le Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS), au niveau opérationnel, qui apportent leur expertise et jouent un rôle d'accompagnement des CeS au travers, notamment, de formations et d'interventions. En 2024, les CeS ont aussi été formés par plusieurs partenaires : Psybru sur des questions de santé mentale et Bruprev pour les formations sur les dépistages de cancer. Les CeS sont également formés sur la manière de conduire des entretiens motivationnels pour les appels proactifs.

Représentation graphique de la structure organisationnelle du projet Conseillers en Santé⁸⁹



⁸⁷ Mutualités Libres, 2024.

⁸⁸ Rapport d'activité 2024, p. 7.

⁸⁹ Rapport d'activité 2024, p. 5.

3.5.1.2 Quoi

En 2023 et 2024, les objectifs du dispositif des CeS ont été définis par voie d'arrêté⁹⁰ :

1. « Identifier et soutenir les questions et besoins en matière de santé des groupes cibles en matière de soins de santé.
2. Renforcer les connaissances en matière de santé des groupes-cibles sur des thèmes spécifiques.
3. Donner aux individus les moyens d'exercer un plus grand contrôle sur les facteurs affectant leur santé afin d'améliorer la leur.
4. Améliorer les connaissances en matière de santé sur les dépistages de cancer et la participation à des dépistages (en mettant l'accent sur le cancer du sein et du col de l'utérus).
5. Identifier et signaler les obstacles structurels rencontrés par les individus du groupe-cible aux différentes parties prenantes (gouvernement, caisses assurance maladie, organisations externes, etc.). »

En 2024, les missions des CeS sont précisées davantage dans l'ordonnance de la Cocom relative à la politique de prévention en santé⁹¹.

Art. 7.

§ 1^{er}. Des actions de prévention, dans une démarche de promotion de la santé, auprès de segments spécifiques de la population bruxelloise ou de groupes-cibles peuvent être réalisées par les sociétés mutualistes régionales bruxelloises (SMRB).

§ 2. Ces actions sont déterminées par le Collège réuni, en concertation avec les SMRB sur la base de déterminants sociaux et environnementaux et visent :

1. la mise en place d'actions proactives ciblées vers les affiliés bruxellois identifiés comme faisant partie du groupe cible en les contactant via de multiples canaux et notamment par contact direct, visite à domicile, téléphone, visioconférence, courriel ou applications, afin de sonder, soutenir, accompagner et orienter leurs besoins de soins ou d'assistance vers les services adéquats ;

2. les données collectées au cours de ces actions proactives seront analysées de manière agrégée afin de mieux comprendre les besoins socio-sanitaires des groupes cible contactés, d'évaluer dans quelle mesure le contact proactif a entraîné un changement de comportement en matière de santé préventive et d'évaluer le projet;
3. la diffusion, par tous canaux, de messages de prévention vers la population générale.

Les rôles :

Les CeS, sur base de ces objectifs, viennent donc remplir trois rôles⁹² :

1. **Rôle d'information** : les Conseillers fournissent des informations sur des thèmes variés. Ils expliquent les droits sociaux, comme le statut BIM, l'assurance maladie et le dossier médical global. Ils abordent également des sujets de santé spécifiques tels que le dépistage du cancer, la prévention buccodentaire et la prévention des chutes, en évaluant les connaissances des personnes et en renforçant leur littératie en santé.
2. **Rôle d'orientation** : en fonction des besoins individuels identifiés lors des entretiens, les CeS orientent les personnes vers des services et des ressources adaptées. Cela peut inclure des organisations communautaires, des professionnels de santé (médecins, psychologues, pharmaciens) ou des plateformes en ligne offrant des informations sur la santé mentale et les services sociaux.
3. **Rôle d'empowerment** : les Conseillers en Santé adoptent une approche d'écoute active et de motivation pour encourager les individus à prendre en main leur santé et leur bien-être. Par cette interaction, les bénéficiaires sont incités à agir et à s'engager dans des démarches qui favorisent leur autonomie et leur prise de décision en matière de santé.

⁹⁰ Arrêté de subvention 24/0021 de la Cocom du 21/03/2024.

⁹¹ L'ordonnance de la Commission communautaire commune relative à la politique de prévention santé du 16/05/2024.

⁹² Rapport d'activité 2024, p. 18.

Groupes cibles et thématiques :

Les groupes cibles visés par les démarches téléphoniques proactives des CeS ont évolué avec le temps. Deux groupes font l'objet de l'action de l'asbl IM (Intermut), telle que soutenue en 2023 par la Cocom.

- **65 + :** au début du projet, les missions des Conseillers en Santé se concentraient sur les personnes de 65 ans et +, sans nécessairement le statut BIM, mais se trouvant sur un des 48 quartiers cumulant le plus de difficultés sur le plan socio-économique.⁹³
- **Familles monoparentales :** en octobre 2022, se sont ajoutées aussi au groupe cible les familles monoparentales, avec ou sans statut BIM et qui habitent dans un de ces 48 quartiers. Les appels se sont poursuivis jusqu'en décembre 2024.

Étant donné que la stratégie pour définir les groupes cibles prend en compte les priorités identifiées dans les plans de politiques bruxelloises, la réflexion relative à la question de la prévention et du dépistage des cancers a amené à identifier d'autres groupes cibles :

- **En lien avec la problématique du cancer du sein :** les femmes considérées comme vulnérables⁹⁴, âgées de 56 à 69 ans, qui ne sont pas suivies pour un cancer du sein et qui n'ont pas participé au cours des 6 dernières années à une action de dépistage du cancer du sein (2024).
- **En lien avec la problématique du cancer col de l'utérus :** les femmes considérées comme vulnérables⁹⁵, âgées de 25 à 64 ans, qui n'ont pas participé au cours des 6 dernières années à une action de dépistage du cancer du col de l'utérus (2024).
- En lien avec la problématique du **cancer colorectal : un public cible** a été défini sur base territoriale. Saint-Josse a été sélectionnée au vu du taux de participation au dépistage du cancer colorectal qui y est particulièrement bas. Au-delà de ce critère territorial, le groupe est constitué de femmes et d'hommes entre 50 et 74 ans. Certains critères d'exclusion ont été appliqués⁹⁶. Chaque mutuelle a ensuite sélectionné ce groupe cible dans leurs listes de personnes affiliées et les a contactées (2025).

Les publics cibles pour les ateliers santé sont aussi bien le grand public, affilié ou non à une mutuelle, que les professionnels du secteur, selon le type d'atelier (voir plus loin dans la partie 'Comment').

3.5.1.3 Où ?

Les critères d'identification des groupes cibles ont principalement trait à des critères de vulnérabilité ou à la participation préalable à des actions de dépistage. Néanmoins, un critère territorial a aussi été mobilisé dans certains cas :

1. **Personnes de 65 ans et + et familles monoparentales :** le groupe cible est limité aux personnes qui résident dans l'un des 48 quartiers identifiés préalablement dans les 19 communes bruxelloises (voir carte).
2. **Dépistage Cancer colorectal :** le groupe cible est limité aux habitants de la commune de Saint-Josse.

3.5.1.4 Comment?

Les Conseillers en Santé ont deux types d'actions pour remplir leurs missions : il s'agit principalement d'appels téléphoniques proactifs et également des 'ateliers santé'. Le premier constitue une démarche d'aller-vers en distanciel, le second se traduit par des animations en présentiel autour de la prévention et promotion de la santé. Ces deux types d'actions ont pour visée la modification de certains comportements en matière de prévention santé et ainsi de réduire les inégalités.

1. Démarche d'aller-vers par téléphone

Après que les groupes cibles aient été définis en concertation avec Vivalis, les listes de personnes à contacter sont générées sur base des données des organismes assureurs bruxellois. Les CeS de chacune des mutuelles ont donc une liste contenant des personnes affiliées du groupe cible à appeler, pour une période définie en amont.

Lors d'un appel proactif, le CeS a une approche de prévention individualisée, un accompagnement en 'one-to-one'. Celui-ci adopte une posture non jugeante, une écoute active qui facilite la prise de décision de la personne concernant sa santé sans rien imposer. Ils disposent d'un script pour les aider. Les CeS appellent durant les heures de bureau, entre 9h et 17h et font toujours trois tentatives en laissant un message vocal si la personne n'est pas disponible.

⁹³ Voir liste des 48 quartiers.

⁹⁴ Sur base des certains critères de vulnérabilité (comme RIS, GRAPA, ou critère d'origine).

⁹⁵ Ibidem

⁹⁶ Comme le fait de souffrir de la maladie de Crohn, d'être suivi via d'autres examens.

Une conduite d'entretien a été développée : elle reprend les thématiques et messages clefs à passer lors du contact téléphonique entre le Conseiller en Santé et la personne ciblée. La première étape vise à créer un lien et prendre des nouvelles de la santé et des besoins plus larges des personnes. Cette démarche est facilitée par le lien de confiance qui peut exister entre les affiliés et leur mutuelle.

« La première question que l'on posait, lorsqu'on a commencé à contacter les personnes de 65+, c'était de savoir comment ils allaient. Ensuite on leur demandait plus largement : « De quoi avez-vous besoin ? » À ce moment-là, entre les informations sur les gestes barrières, les conférences de presse, ce que disait le fédéral et la Région, ça pouvait être très kafkaïen. Donc nous sommes partis de cette réalité. » (Coordinatrice du projet)

« Parfois la personne au bout du fil n'était pas forcément la personne ciblée. Ça pouvait être leur fille par exemple, qui décroche, ou un proche. Ils étaient très contents, car ils en profitaient pour poser toutes leurs questions et la discussion se transformait en des questions très pratico-pratiques. Les entretiens pouvaient durer parfois longtemps et l'appel était fort apprécié. » (Coordinatrice du projet)

La conversation aborde les besoins et des contraintes de la personne, afin de lui offrir un soutien sur mesure. Plusieurs contacts de suivi peuvent avoir lieu pour vérifier si le soutien apporté a été efficace. Par ailleurs, l'aspect confidentiel d'un appel proactif est intéressant à bien des égards. Dans le cas de l'action sur le dépistage du cancer colorectal, les personnes jointes par téléphones pourraient se sentir plus à l'aise de poser leurs questions qu'elles n'oseraient le faire par exemple dans une pharmacie qui est un lieu public, lorsqu'elles s'y présentent avec leur invitation de BruPrev pour retirer leur kit de dépistage (le 'colotest').

« L'idée c'est vraiment de prendre le temps, de se mettre à l'écoute des personnes, de les informer et puis aussi de dépasser ce stade. On débarque à l'improviste chez les gens par téléphone, et donc on a souvent des mécanismes de défense qui se mettent en place. Moi je rassure très vite, en disant que c'est votre mutualité, nous n'avons rien à vous vendre. On vient se mettre à votre écoute et on a de l'information à vous donner (...) le but c'est de pouvoir informer la personne, de pouvoir mettre en évidence toutes les plus-values du dépistage, des gestes et des actes de prévention et que la personne soit acteur de sa propre santé. » (Conseiller en Santé)

En plus d'informer, les CeS peuvent orienter les personnes vers des services et des ressources adaptées. Cela peut inclure des organisations communautaires, des professionnels et professionnelles de santé (médecins, psychologues, pharmaciens, associations de terrain, etc.) ou des plateformes en ligne offrant des informations sur la santé et les services sociaux. Dans cette optique, les CeS travaillent en collaboration avec leurs collègues des services sociaux de la mutualité, car ce sont des services qui ont une vue globale sur les droits sociaux et santé. Le CeS peut transférer éventuellement la personne au bout du fil à l'assistante sociale quand c'est une thématique sociale qui est abordée.

« J'ai appelé un membre qui a un enfant atteint d'un cancer, il était chagriné et en burnout professionnel. L'écoute de ses difficultés, le fait de pouvoir en parler a permis pendant un instant d'avoir une forme de répit, je lui ai rappelé les services d'aides psychologiques et le 107 pour les personnes qui ont besoin de parler, le planning familial et Hospichild, référence en matière d'information sur les soins accordés aux enfants. Le statut d'aidant proche et les services d'aides de garde d'enfant malade de sa mutualité. Il avait besoin d'une écoute et d'échanger ce qu'il endurait en tant que père. Ultérieurement et à sa demande, un rappel a été effectué et il semblait plus confortable, plus apaisé et reconnaissant de l'aide et de l'écoute apportée. » (Conseiller en Santé)

Par cette interaction téléphonique, les bénéficiaires sont incités à agir et à s'engager dans des démarches qui favorisent leur autonomie et leur prise de décision en matière de santé. Le CeS motivent la personne à devenir acteur ou actrice de sa santé, en présentant les limites comme les avantages de se faire dépister plutôt que de faire appel à la peur de la maladie, dans le cas des appels pour les dépistages des cancers féminins.⁹⁷

« Je téléphone à une dame, qui m'explique qu'elle avait fait il y a quelques années un Mammotest et que ça avait été douloureux, qu'est avait vraiment eu mal. Par conséquent, ça lui faisait peur et cela faisait donc quelques années qu'elle ne faisait plus ce test. J'explique alors doucement toute l'importance de ce dépistage, et j'entends en arrière-fond qu'il y a une jeune fille qui dit « Tu vois maman, monsieur a raison ». Alors je me dis 'Chouette', j'ai une complice ! Et je vais pouvoir m'appuyer sur l'adhésion de cette jeune fille. Je lui explique alors qu'il existe à Bruxelles des centres où la personne peut elle-même contrôler la pression sur le sein et vraiment gérer les sensations physiques liées au Mammotest. Je lui ai dit que si elle avait peur d'y aller seule, elle pouvait y aller accompagnée. J'ai

⁹⁷ Comité d'accompagnement, 23/04/2024.

fait alors le nécessaire pour qu'elle reçoive une invitation où elles puissent aller toutes les deux ensemble faire ce test. Elles ont finalement accepté de reprendre rendez-vous pour le Mammotest. »⁹⁸ (Conseiller en Santé)

2. Ateliers santé

En parallèle des appels proactifs, des ateliers santé sont organisés sur des thématiques liées aux mutuelles (statut BIM, les avantages d'avoir une mutuelle, les soins de santé en Belgique) et également sur des thématiques liées à la prévention (diabète, dépistage de certains cancers). Ceux-ci ont lieu en agence de la mutuelle qui emploie le CeS, et aussi dans l'espace public ou les locaux d'organisations qui font appel aux CeS. Ces ateliers ont débuté en 2023, et leurs fréquences augmentent d'année en année. Ils répondent aux mêmes missions que celles des appels téléphoniques proactifs, mais permettent aussi d'élargir les groupes ciblés et de toucher des personnes qu'ils ne toucheraient pas avec les appels proactifs. En effet, ils se destinent à deux groupes complémentaires⁹⁹ :

Le grand public : bien que 98 % de la population bruxelloise soit déjà affiliée à l'une des cinq mutuelles principales, ces ateliers touchent aussi des personnes affiliées à d'autres mutuelles (ex. CAAMI, HR Rails) ainsi qu'à celles non affiliées.

Les collaborateurs et professionnels du secteur : ces ateliers s'adressent également aux acteurs de première ligne et aux professionnels du bien-être et de la santé, dont le rôle en matière d'information et de soutien est crucial. La sensibilisation de ces collaborateurs renforce leur capacité à accompagner efficacement les bénéficiaires. Les thématiques traitées lors de ces actions sont diverses et sont en lien avec les six thématiques prioritaires de prévention établies par Vivalis.

Ces ateliers partent des questions des participants et favorisent l'interaction et la discussion. Cette initiative s'inscrit dans une démarche de santé communautaire qui repose sur un double mouvement : d'une part, l'orientation des usagers (habitants) vers les structures de santé, et d'autre part, une démarche proactive des professionnelles et professionnels de santé vers les habitants.¹⁰⁰

Les ateliers santé peuvent soit :

1. S'accrocher à des initiatives existantes, comme l'illustrent les exemples suivants (non-exhaustifs) :
 - À la demande de Brusano, les CeS peuvent co-animer un atelier avec les CPPS lors des Rendez-vous de la prévention, sur différentes thématiques auxquelles ils sont formés : l'alimentation saine, la prévention du diabète, la mutuelle et le système des soins de santé en Belgique.
 - En partenariat avec des asbl, comme l'asbl Foyer et l'asbl Les pissenlits par exemple, les CeS peuvent aussi animer des ateliers sur ces mêmes thématiques.
 - En collaboration avec des acteurs de terrain, comme par exemple BruZel/Brusano; Accolage, Promote Ukraine asbl, des ateliers spécifiques sur « Ma Mutualité et ses avantages » ont été organisés au sein des bâtiments des organisations avec comme public cible les professionnels et les bénéficiaires de ces organisations. Le but est ici de renforcer les connaissances des participants sur des aspects divers de la Sécurité sociale, comme le statut BIM, le DMG, comment retrouver un prestataire de soins conventionné, la différence entre l'assurance obligatoire et complémentaire.¹⁰¹
 - L'Union des locataires de Schaerbeek a contacté des Conseillers en Santé pour tenir un stand dans le cadre d'un projet de cohésion lancé dans le contexte du décès d'une habitante suite à un cancer. C'était un événement organisé en bas d'un immeuble, dans un lieu central où de la soupe était offerte. Les CeS présents ont pu répondre aux questions des habitants du quartier.
 - En collaboration avec une équipe de la Clinique Saint-Jean et Gezond in Brussel, un colon géant en 3D a été placé dans les galeries Anspach comme dispositif de sensibilisation pour une action de prévention. Les CeS, formés par Bruprev sur cette thématique, étaient présents pour sensibiliser le public et répondre à leurs éventuelles questions. Les oncologues ont pu aussi profiter du travail des CeS, en recevant de leur part du matériel de communication en plusieurs langues, ce qui manquait en termes de prévention dans les salles d'attente de cette clinique.

⁹⁸ Mutualités Libres, 17/10/2024.

⁹⁹ Rapport d'activité 2024, p. 7.

¹⁰⁰ Rapport d'activité 2024, p. 20.

¹⁰¹ Ibidem

2. Constituer une activité propre, organisée dans les salles d'attente des agences des mutuelles
- En collaboration avec Gezond in Brussel, des CeS ont travaillé sur la prévention au diabète en 2024, dans le cadre du projet pilote Halt2Diabète. Ils ont abordé des personnes affiliées dans la salle d'attente d'agences de mutuelles. Sur base d'un questionnaire, ils donnaient l'opportunité d'évaluer leur risque de développer le diabète. Si le risque était élevé, la personne affiliée recevait alors la possibilité d'assister à plusieurs sessions de suivi gratuit organisées par une diététicienne sur l'alimentation saine.

Les rencontres entre un Conseiller en Santé et une personne lors d'un atelier santé peuvent aussi donner lieu à un accompagnement personnalisé :

« L'affiliée, une femme de 74 ans, malvoyante, isolée, en situation de handicap, avec une barrière linguistique (ne parlant que l'arabe) et bénéficiant du statut BIM, exprimait un fort besoin d'accompagnement dans la compréhension et la gestion de ses droits sociaux et mutualistes. Rencontrée lors d'un atelier d'Accolage, elle ne recevait aucune aide de ses enfants ni pour ses démarches administratives ni pour sa vie quotidienne. Ne connaissant rien de son dossier mutualiste ni des avantages liés à son statut, ses cotisations n'étaient plus payées depuis plus de deux ans, l'empêchant de bénéficier de son assurance complémentaire. Elle souhaitait accéder à divers services essentiels (aide à domicile, télévigilance, transports non-urgents, changement de maison médicale), mais ignorait vers qui se tourner. Un accompagnement global a donc été mis en place : elle a été informée sur ses droits, le fonctionnement de la mutualité, les conséquences du non-paiement des cotisations et encouragée à se remettre en ordre, ce qui est désormais fait via domiciliation. Elle a été orientée vers divers services (Centre de Coordination, CPAS, assistante sociale de la mutuelle, maisons médicales au forfait, Ligue Braille, Phare, Eqla, STIB Taxi Bus, etc.), permettant la mise en place de la télévigilance, un suivi social actif et son inscription dans une nouvelle maison médicale. Ce suivi a été mené en collaboration avec une coordinatrice d'Accolage et une bénévole, assurant un accompagnement humain, accessible et adapté à sa situation. » (Conseillère en Santé)

Les actions des Conseillers en Santé sont systématiquement suivies d'un questionnaire interne, qui permet de recenser les informations reçues et les obstacles identifiés, concernant notamment la langue, les connaissances, les freins observés. À l'aide de l'écoute active et de l'entretien motivationnel, le CeS essaie de comprendre pourquoi les personnes ciblées ne font pas le dépistage (cause émotionnelle, complexité de l'information, etc.). Ces informations sont précieuses pour définir une stratégie afin d'améliorer le taux de participation des Bruxelloises et Bruxellois aux tests de dépistage des cancers.

3.5.2 Freins et enjeux

Une évaluation qualitative et quantitative, aussi bien sur les appels que sur les ateliers santé, a été réalisée par le groupe de projet, en collaboration avec le département 'recherches et études' des Mutualités Libres. Par ailleurs, deux étudiantes de la Faculté de Santé Publique de l'UCL sont également impliquées sur l'analyse qualitative des appels en 2025.

Dans le dernier rapport d'activité, une analyse SWOT met en lumière les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces liées à la mise en œuvre du projet. Nous les synthétisons ici succinctement.

Augmenter le taux de participation au dispositif :

Les appels proactifs constituent une approche ciblée et novatrice, ils sont un moyen efficace de transmettre de l'information et d'atteindre les personnes plus isolées. Mais malgré que le taux d'acceptation des appels soit élevé, tous les appels n'aboutissent pas. Soit parce que le CeS n'arrive pas à joindre la personne malgré plusieurs tentatives ou parce que la personne au bout de fil refuse de participer à l'entretien par manque de temps, par méfiance ou à cause de la barrière de la langue.

Assurer un accompagnement au-delà de la prise de contact initiale :

Entreprendre des actions concrètes pour sa santé nécessite généralement plus qu'un seul contact téléphonique, et cet impact se limite à une partie des déterminants individuels de santé.

Permettre des orientations vers des services en mesure d'accueillir les personnes et de répondre à leurs besoins :

L'approche se heurte aussi au fait que le CeS ne peut pas agir sur des variables comme la saturation des services ou les critères d'éligibilité pour certains droits ou services sociaux.

3.6 D'autres projets 'd'aller-vers'

Si les périodes de confinement pendant la crise du COVID-19 ont vu la fermeture au public de nombreux services, elles furent également synonymes de créativité afin de soutenir les publics les plus touchés par les conséquences directes ou indirectes de la pandémie¹⁰².

Pour maintenir un accès aux soins et à l'aide, des services et prestataires d'aide et de soins ont fait évoluer leurs pratiques : consultations en visio, par téléphone, chats, réseaux sociaux et groupes WhatsApp, etc. D'autres ont développé leur offre ou créé des services : aide alimentaire, accès à l'énergie et à l'eau, aide urgente et à bas seuil aux familles, soutien psychosocial ou psychologique aux enfants et jeunes, aux seniors et adultes isolés, soutien dans le cadre de violences intrafamiliales, outils d'information et d'éducation à la santé en différentes langues, comptoir d'échange de matériel stérile pour consommateurs de drogues, helpdesk d'orientation vers les services d'aide et de soins¹⁰³, case managers¹⁰⁴, etc. Une part de ces initiatives ont été menées sur fonds propres des organisations, d'autres ont été soutenues par les autorités.

Parmi ces projets et services touchant à la santé et ses déterminants sociaux, certains développent des démarches 'd'aller-vers' ou d'outreach afin de faciliter l'accès d'un public fragilisé aux informations, aux aides et soins, et de tisser des liens avec ce public. Ne pouvant être exhaustif, en voici quelques exemples :

3.6.1 Le 'STEK-Peterbos' et le 'Zorgzaam Peterbos Solidaire' de SAAMO - Brussel¹⁰⁵

Le STEK¹⁰⁶-Peterbos a vu le jour pendant la période COVID. Il s'agit de la création d'un lieu de rencontre convivial. Les habitantes et habitants du quartier peuvent s'y rencontrer dans un cadre informel et faire des activités ensemble. Ils peuvent y faire des apprentissages de manière accessible (séances d'informations informelles individuelles ou organisées en groupe), être orientés vers les bons

services par des travailleurs sociaux et réfléchir ensemble à des solutions aux problèmes relatifs à la protection sociale ou à une offre de services de qualité.

Des travailleuses et travailleurs sociaux d'organisations et de disciplines diverses y collaborent étroitement : assistants sociaux, travailleurs communautaires, éducateurs, travailleurs socio-culturels et autres. Des habitantes et habitants du quartier volontaires y apportent aussi leur contribution (gestion du bar, co-création de projets, etc.).

Ce projet a bénéficié, dès 2022, de l'apport du 'Zorgzaam Peterbos Solidaire'. L'arrivée d'un 'buurtverbinder' (agent de liaison de quartier), financé dans le cadre des 'zorgzame buurten projecten' (projets de quartiers solidaires)¹⁰⁷, a permis d'aborder la promotion de la santé de manière structurelle dans le quartier. Des activités physiques en groupe ont été organisées (un groupe de marche, des cours de boxe pour femmes, des cours de cyclisme, de la gymnastique pour les plus de 60 ans et des séances de danse afro-latino). Un groupe d'arrêt du tabac a vu le jour et des actions de prévention du diabète ont été menées. Le projet a fait appel à une psychologue de première ligne et a construit un réseau de partenaires de santé pour concrétiser l'idée de la création d'une maison médicale au forfait. Celle-ci devrait voir le jour fin 2025 avec médecins généralistes, infirmières, psychologues et travailleurs sociaux.

Le projet STEK-Peterbos s'inscrit dans le contexte du Projet de Cohésion Sociale - PCS PETERBOS coordonné par SAAMO Brussel en partenariat avec les sociétés de logements sociaux du quartier et la commune d'Anderlecht. Le PCS comprend diverses activités, dont des diagnostics locaux réguliers et des activités communautaires dans l'espace public.

¹⁰² Voir Karel Arnaut & al, 2022 et Stefaan Vermeulen & al, 2020.

¹⁰³ Les helpdesk principaux en région bruxelloise sont :

- le numéro vert Allo ? Aide sociale 0800 35 243, qui a vu le jour pendant la période COVID et est coordonné par la Fédération des Services Sociaux Bicommunautaires : helpdesk d'orientation gratuit et confidentiel pour les questions sociales telles que le logement, nourriture, situation financière ou familiale compliquée, démarches administratives, isolement, etc.
- les helpdesk du CAW Brussel - Onthaal brussel centrum : 0800/13.500 (numéro gratuit pour demandeurs d'aide) et 0800/90.109 (numéro gratuit pour les détenus).
- le helpdesk pour professionnels de Brusano : 02 880 29 80 – helpdesk@brusano.brussels un numéro et mail d'aide à l'orientation que tout professionnel du social-santé peut utiliser quand il rencontre des difficultés dans l'accompagnement de bénéficiaire en situations complexes.

¹⁰⁴ Voir le lexique et les exemples qui y sont repris.

¹⁰⁵ SAAMO Brussel est une organisation qui rassemble des personnes en situation de vulnérabilité et travaille avec elles à des solutions concrètes via des projets et du travail communautaire. Elle met en pratique des concepts de 'Samenlevingsopbouw' (renforcement des communautés) en menant différents projets de lutte pour une meilleure protection sociale et la réalisation des droits fondamentaux, avec un focus sur l'accès à un logement de qualité et abordable.

¹⁰⁶ De STEK (ou l'APOR en français) est une méthodologie présentée en français et en néerlandais dans un document disponible sur <https://www.saamo.be/tool/de-stek-lapor-un-geste-fort-pour-la-protection-sociale/>

¹⁰⁷ Projets 2021-2024 financés par la VG et la VGC. A l'heure actuelle, il n'y a pas encore d'information sur le maintien ou non de ces financements pour les années à venir.

3.6.2 Les équipes mobiles Cover et Artha

Le contexte de la pandémie COVID-19 a mis en lumière l'existence en région bruxelloise de nombreux habitants 'invisibles' (dont des travailleurs du sexe, des personnes vivant en squat ou en rue, etc.), éloignés des services sociaux et de santé et des messages de prévention diffusés par les autorités. Suite à ce constat, deux équipes mobiles ont vu le jour, coordonnées par le Projet Lama, centre médico-social pour toxicomanes.

Le projet COVER soutient la mise en œuvre d'équipe mobile d'aide socio-sanitaire pour les personnes en hébergement d'urgence, en squat ou en rue présentant des difficultés avec la consommation de substances licites ou illicites. Il couvre deux volets d'action axés sur une approche bas seuil :

- un accompagnement individuel de personnes en situation d'assuétude dans le milieu urbain par une équipe pluridisciplinaire. Celui-ci vise à créer et maintenir un lien de confiance, prendre en compte le contexte global de la personne dans le soin, prendre en compte et mobiliser le réseau formel et informel du patient ou de la patiente, prendre en charge l'éducation thérapeutique de celle-ci. L'accompagnement proposé est axé sur un travail de réduction des risques (informations, conseils et échange de matériel), un accompagnement psychosocial (orientation et accompagnement dans les démarches sociales, aide à la réinsertion), un soutien psychologique (soutien individuel, groupe de parole) et une consultation médicale spécialisée en toxicomanie (initiation et suivi de traitement, traitements de substitution, etc.).
- l'organisation de formations et de sensibilisations pour professionnelles et professionnels dans le but de soutenir les acteurs et actrices du secteur de l'aide aux sans-abri ou aux personnes mal logées.

Le projet Artha est un accompagnement mobile pour usagers de drogues en situation irrégulière, assuré par des accompagnateurs sociaux. Il offre :

- pour les usagers de drogues, un accompagnement psychosocial et juridique, de la médiation

interculturelle entre les personnes et les services compétents afin de faciliter l'accès aux soins, des permanences sociales auprès de partenaires. Le projet développe également des stratégies de communication communautaires dans le cadre de prévention de la santé auprès du groupe cible

- pour les professionnels, il organise de la sensibilisation, des formations et un partage de connaissance.

3.6.3 Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg du Foyer

Pendant la pandémie, le service **Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg - ICB** (média-teurs interculturels en santé), un des services de l'asbl Foyer, a été soutenu par la Vlaamse Gemeenschap - VG pour son travail de renforcement de la littératie de la population et ses pratiques de travail de proximité adaptatives.

Son action, pendant la crise du COVID-19, a principalement consisté en :

- Un service multilingue facilement accessible où les gens pouvaient se rendre sans rendez-vous pour poser des questions sur la prise de rendez-vous pour la vaccination, obtenir des informations sur les voyages, l'utilisation d'Itsme et d'autres applications, le Covid Safe Ticket, etc.
- Des vidéos multilingues expliquant les mesures (évoluant dans le temps), les vaccins, la vaccination des enfants et les exigences en matière de voyage.

Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg -ICB a collaboré avec plusieurs partenaires, dont Huis van gezondheid (traduction en plusieurs langues des outils d'information d'HvG) et BruZEL (participation à des ateliers, séances d'informations, webinaires, etc.).

Les publics atteints furent principalement des personnes issues de l'immigration, des Bruxelloises et Bruxellois âgés, de souche, qui avaient des difficultés avec les applications numériques ou qui n'étaient pas en mesure de prendre rendez-vous

pour se faire vacciner, des personnes sans titre de séjour qui ont osé se présenter (un travail de confiance a été nécessaire pour diminuer leurs craintes d'être arrêtées en se rendant dans un centre de vaccination).

ICB est un service qui existe depuis longtemps. Ce fut un de ses atouts pendant la crise : un cadre de confiance était déjà présent tant avec les groupes cibles qu'avec les travailleurs de premières lignes qui orientent vers leur service.

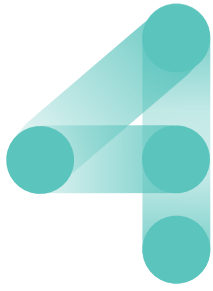
Ils ont développé des pratiques de travail leur permettant de réagir assez rapidement à l'évolution des besoins du terrain. Un médiateur interculturel ukrainien a ainsi intégré leur équipe dès le début de la crise des réfugiés.

3.7 Conclusion

Les dispositifs présentés, créés pendant la pandémie de COVID 19, visent la prévention et la promotion de la santé auprès des Bruxelloises et Bruxellois, particulièrement ceux qui sont éloignés des services et informations 'classiques'. Ils vont à la rencontre de ceux qui en ont besoin pour favoriser l'accès aux droits et soins et établir un lien de confiance afin de renforcer un 'community engagement' et ainsi pouvoir mieux faire face à de potentielles nouvelles crises.

Ils tentent de s'insérer dans le tissu social-santé existant de manière complémentaire et en soutien aux acteurs présents. Les liens tissés entre eux et avec les actrices et acteurs de terrain se renforcent au fil du temps.

Ce Panorama les présente tels qu'ils étaient mis en œuvre de mi-2024 à mi-2025. Depuis leur création, leurs objectifs et activités ont évolué selon les besoins détectés et les réalités de leurs terrains. Ils le feront encore certainement dans le futur.



Lexique, ce que nous entendons par...

‘Aller-vers’ et outreach :

- La démarche d’‘aller-vers’ est centrée sur le fait d’aller à la rencontre des personnes là où elles se trouvent. Elle vise souvent à combler les difficultés d’accessibilité des services ambulatoires. Cette rencontre ‘hors murs’ peut prendre diverses formes : rencontre sur le lieu de vie de la personne, dans un lieu public ou festif, démarche proactive par téléphone, sms, mail, réseaux sociaux en ligne, etc. La démarche peut consister en une délivrance d’information relative à l’offre social-santé existante, sur des thématiques précises, ou à fournir de l’aide ou des soins.
- Le terme d’outreach ou travail de proximité est souvent utilisé pour désigner un forme contemporaine ‘d’aller-vers’. Elle intègre « *un déplacement de la posture professionnelle dans le sens d’une ‘ouverture vers la personne dans ce qu’elle est globalement (et sans jugement a priori sur celle-ci)’.* »¹⁰⁸ Un élément clé de la démarche est d’aller à la rencontre des personnes là où elles se trouvent et de les accompagner à partir de là où elles en sont. Le travailleur part d’une attitude participative de base et se concentre sur les personnes en situation de vulnérabilité sociale, qui ne sont pas ou insuffisamment atteintes par les services d’aide et de soins ‘classiques’. Pour ce faire, il entre dans leur milieu de vie en reconnaissant les valeurs et les normes qui y prévalent¹⁰⁹. La démarche est le plus souvent proactive et comporte peu, voire aucune, d’obligations

à respecter (bas seuil d’accès). Outre l’aide ou les soins fournis, les services ou organisations de proximité jouent un rôle éducatif tant pour les habitants (information, sensibilisation sur l’offre existante) que pour les professionnels (sensibilisation aux besoins des personnes éloignées des services). Ils identifient les populations mal desservies, les orientent vers des services et utilisent des outils de proximité tels que des brochures, des bulletins d’information, des stands et des présentoirs d’informations, organisent des activités ou événements.

Notons qu’actuellement, dans certains textes réglementaires, le terme d’outreach est utilisé pour désigner l’ensemble des services mobiles (aides et soins à domicile, équipes mobiles, travail de rue, etc.) et donc couvre les deux termes.

Ambulatoire :

- Le terme ‘ambulatoire’ est généralement utilisé les acteurs qui mettent en œuvre une aide ou des soins au sein de lieux dans lesquels le bénéficiaire ne reste que quelques heures sans y passer la nuit. L’offre dite ‘ambulatoire’ diffère de l’offre résidentielle qui héberge son public temporairement (ex : hospitalisation aiguë) ou à long terme (ex. maison de repos, maison d’accueil). Elle diffère également de l’offre dite ‘à domicile’ pour laquelle les professionnels se déplacent au domicile du bénéficiaire et du travail

¹⁰⁸ Parisse Jordan & Porte Emmanuel, 2022, p. 10.

¹⁰⁹ Dewaele Cis, 2022.

4. Lexique, ce que nous entendons par...

de rue qui se fait auprès de personnes qui n'ont pas de logement fixe (qui vivent en rue, en squat, etc.).

Dans certains textes règlementaires, le terme 'ambulatoire' englobe « *l'ensemble des acteurs actifs dans le domaine du social et de la santé, à l'exception du secteur résidentiel et hospitalier.* »¹¹⁰

- À Bruxelles, le terme 'ambulatoire' fait parfois référence au 'secteur de l'ambulatoire' tel que défini par un décret spécifique de la Cocof. Ce secteur de l'ambulatoire (au sens du décret de la Cocof) comprend les centres d'action sociale globale, les services de médiation de dettes, les maisons médicales, les centres de planning familial, les services de santé mentale, les services actifs en matière de toxicomanies, les services d'aide à domicile, les centres de coordination de soins et services à domicile, les services de soins palliatifs et continués. Il s'agit de services qui ont une offre ambulatoire, mais qui proposent aussi parfois des services à domicile voir même des services résidentiels.

Case manager :

Il n'existe pas actuellement en Belgique de définition unique d'un ou une case manager. Sur le terrain social-santé, certains utilisent ce terme pour se définir, d'autres ont des pratiques similaires sans utiliser ou même connaître ce terme. Voici donc quelques éléments de compréhension à titre informatif construits à partir de sources écrites¹¹¹ et d'informations récoltées lors des entretiens menés pour cette publication :

Un ou une case manager est un professionnel social-santé qui intervient dans les situations les plus complexes. Il intervient auprès de la personne en situation de besoin, après analyse d'une demande qui lui est adressée par un autre professionnel, mais aussi parfois par des aidants proches ou par la personne directement concernée.

Il sert de ligne d'assistance externe à l'équipe et de point de contact à la fois pour la personne et son réseau informel et pour les professionnels. Son rôle est essentiellement :

- « Identifier, valoriser et soutenir les besoins et souhaits de la personne et l'aide à les faire entendre aux acteurs du réseau ;

- Aider à mettre en place ou à compléter le réseau, en s'appuyant si possible sur les capacités et ressources de la personne ;
- Établir ou réconcilier un plan de soutien individualisé, en cohérence avec les objectifs et les ressources de la personne et en tenant compte de l'accompagnement et des ressources déjà mis en place par son réseau de soutien existant ;
- Assurer le suivi de ce plan ;
- Faciliter la communication et la circulation de l'information entre les professionnels du réseau;
- Renforcer le rôle et la responsabilité de chacun, en ce compris de la personne pour laquelle il promeut la capacité d'agir. »¹¹²

Si nécessaire et pertinent, le case manager peut être mobile et se déplacer pour des rencontres en présentiel avec la personne, le réseau informel, les professionnels, etc.

Le case manager est externe à l'équipe qui apporte les aides et/ou soins et ne fait pas partie du réseau de la personne. Son intervention est délimitée dans le temps, sur base des besoins identifiés et en concertation avec les professionnels déjà en place.

En région bruxelloise, *Brusano* soutient la mise en place de la fonction de case manager 'généralistes' sur le territoire, notamment dans le cadre des programmes interfédéraux. Elle cherche dans ce cadre de nouveaux case managers et leur apporte soutien, formation, interventions, etc.

Toute demande d'accompagnement relayée par une organisation ou un professionnel social-santé est orientée vers ces case manager généralistes ou d'autres équipes, plus spécialisées.

Certaines organisations mettent en pratique le case management pour des adultes en grande précarité, éloignés des services, qui ont des difficultés à s'insérer dans la société et en situation complexe, dont par exemple :

- *l'Equipe mobile 107 Précarité* : pour des personnes sans-logis ou mal-logés ayant un parcours psychiatrique ou risque d'être psychiatriqué, sans demande explicite pour qui il y a une absence ou une insuffisance de ressources au sein du réseau informel ou professionnel qui entoure la personne.

¹¹⁰ Défini dans le DOC relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social-santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale - 25/01/2024.

¹¹¹ Sources :

- Infofiche publiée par Brusano : brusano.brussels/pdf/infofiche-case-manager/
- Projet de définition inscrite dans le projet de Plan interfédéral pour les soins intégrés (voir annexe 2) [plan_interfederal_soins_integres_rapport_final_interfederaal_plan_geintegreerde_zorg_protocolle_08112023.pdf](#)

¹¹² *Ibidem*

- *la Team outreach du CAW Brussel* : pour des personnes dont les droits fondamentaux sont inexistantes ou menacés. Le lien avec l'offre de soins est difficile à établir, car elles n'ont pas ou peu confiance ou leurs situations sont très complexes.

Centres social-santé intégré :

Un acteur de la première ligne qui intègre, voire regroupe dans un même lieu, une offre sociale et de soins de base généraliste comprenant un service social général, une maison médicale et une offre en santé mentale. Ce nouveau dispositif en région bruxelloise vise à faciliter la prise en charge globale et transversale des besoins d'une personne ou famille. Ses missions sont définies dans le DOC 1^{ère} ligne.

CLSS - Coordination locale sociale-santé :

Les CLSS sont définis dans la feuille de route 2023 comme : « un outil de la politique social-santé bruxelloise visant à renforcer l'approche intégrée et locale de l'action sociale et de santé afin qu'elle réponde au mieux aux besoins collectifs et individuels des habitants des quartiers. Ils sont un outil important du plan social-santé intégré qui vise à améliorer le bien-être des Bruxellois. Ils s'appuient sur un partenariat entre la Cocom et les CPAS qui, à travers les coordinations sociales, vont mettre en œuvre des actions permettant une meilleure organisation locale des services social-santé en faveur des habitants et des travailleurs des quartiers. Les Contrats suivent les principes du PSSI et notamment les principes de responsabilité populationnelle et d'universalisme proportionné. »

Il s'agit donc d'un contrat conclu entre le Collège réuni de la Cocom et un CPAS. Les CPAS reçoivent des subventions pour exécuter des missions sur le territoire de chacun des quartiers social santé de leur commune : 1° favoriser l'articulation entre les acteurs actifs à l'échelle du quartier ; 2° renforcer les mesures soutenant l'accessibilité des acteurs de l'ambulatoire ; 3° faciliter l'approche de l'aide et des soins centrée sur la personne ; 4° soutenir à l'échelle du quartier le travail intersectoriel ; 5° renforcer le pouvoir d'agir des habitants du quartier par l'action communautaire. Ce contrat précise la méthode de travail relative au diagnostic, au plan d'action, à la mise en œuvre du contrat, à son évaluation. Les coordinations sociales des CPAS coordonnent les CLSS de leur commune. Chaque CLSS est coordonné, mené par un référent de quartier, avec la

participation des acteurs du quartier social santé en question.

Des CLSS n'ont pas été mis en œuvre en même temps dans tous les quartiers social santé bruxellois. En 2020, une première vague 'pilote', les CLSS1, a été initiée dans 9 quartiers situés sur 5 communes (Anderlecht, Bruxelles-Ville, Forest, Molenbeek, Schaerbeek). Une deuxième vague, les CLSS2, a débuté en 2023 et concerne 8 quartiers situés sur 6 communes (Anderlecht, Bruxelles-Ville, Koekelberg, Molenbeek, Saint-Gilles et Saint-Josse). Notons qu'en 2023, le territoire de 3 CLSS1 ont été redéfinis.

'Community engagement' ou 'engagement communautaire' :

L'engagement communautaire vise à créer un lien entre les autorités publiques (mandataires, services gouvernementaux, ONG investies d'un mandat public, etc) et la population. Ce lien est précieux pour atteindre le grand public et comprendre ses problèmes spécifiques. La recherche d'un meilleur 'community engagement' passe par une méthode qui reconnaît les membres de la communauté comme des partenaires égaux. Pour atteindre différents groupes sociaux d'un territoire et s'adresser à eux, il est nécessaire de déployer des méthodes de travail variées et complémentaires. Différentes méthodologies de communication adaptées sont utilisées afin d'être à l'écoute des besoins, des réactions et des plaintes d'un groupe diversifié de personnes, souvent très éloignées des services d'aide et de soins. Cette méthode permet de s'assurer que leurs opinions sont entendues et utilisées pour concevoir et guider le travail des services publics et organisations. Elle vise l'adoption par les travailleurs et travailleuses de première ligne d'approches adaptées aux individus et communautés du territoire visé. Elle favorise le lien avec la communauté en permettant aux individus d'aborder les problèmes qui les touchent et, sur cette base, d'adapter les décisions et d'apporter des changements positifs pour la communauté et les objectifs politiques. Le terme 'community engagement' semble utilisé principalement dans le cadre de politique prévention et promotion de la santé dans le cadre de la préparation et de la réponse en cas d'épidémie, de crise sanitaire et vis-à-vis des publics fragilisés qui sont plus difficilement atteints par les stratégies de communication de masse 'standards'.

4. Lexique, ce que nous entendons par...

Coordination sociale locale :

Espace de rencontre entre travailleurs de différentes organisations sociales-santé actives sur un même territoire précis (commune, quartier) quel que soit leur secteur d'activités. Elles ont des réunions qui rassemblent l'ensemble des membres et/ou des groupes de travail thématiques. La finalité de ces coordinations est l'amélioration de la réponse aux besoins des habitants vivant sur le territoire en question.

Certaines de ces coordinations sont des initiatives associatives, d'autres sont organisées par le CPAS : chaque CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale est subventionné par la Cocom afin d'organiser une coordination sociale à l'échelle de son territoire (les missions et les modalités de subventionnement de ces coordinations sociales sont précisées dans une circulaire).

Éducation à la santé :

« L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés » OMS¹¹³ - Glossaire de santé publique. Cette définition comporte plusieurs éléments :

- Une proactivité : des actions pro-actives vers les personnes qui en ont le plus besoin et qui ne sont pas toujours demandeuses ou font peu appel aux services d'information sur la santé.
- Des outils ou formes de communication aux groupes visés.
- Augmenter la littératie : accroître la compétence en matière de santé, acquérir des réflexes de santé positifs, tant au niveau communautaire (appropriation par la collectivité), qu'au niveau de l'individu (acquisition de compétences le concernant dans ce domaine).

Field Agent :

Personnes dont la fonction était le contrôle du suivi des mesures prises pendant la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 : prévenir qu'une personne était 'cas contact' et qu'elle devait rester chez elle. Son rôle était similaire aux call centers.

Plan Social Santé Intégré - PSSI :

Le PSSI bruxellois est l'évolution de différents plans préexistants à Bruxelles, le plan santé, le plan de lutte contre la pauvreté et le plan de promotion de la santé vers une approche intégrée entre le social et la santé pour pouvoir mieux répondre aux problèmes et besoins des citoyens dans une démarche 'goal oriented public services' ou service d'aide et de soins orientés sur les objectifs de vie de la personne.

Le PSSI intègre également des éléments du projet de soins intégrés du Fédéral, le '*Plan interfédéral Soins intégrés*' qui est en cours de finalisation¹¹⁴ et vise à réformer la façon dont on finance les soins de santé en responsabilisant les prestataires pour améliorer la qualité des soins de santé. Ce plan a un quintuple objectif comme balise sur la direction à prendre : il s'agit de trouver le meilleur équilibre entre l'amélioration de la santé de la population, l'utilisation des ressources mises à disposition, l'équité dans l'accès aux soins et dans une meilleure santé, l'expérience individuelle de soins et le bien-être des professionnels du soin et de l'aide.

Ce Plan interfédéral demande la mise en œuvre de plans à l'échelle de chaque région du pays. Ainsi, la Flandre s'est dotée de son plan, en continuité d'une politique de renforcement des soins de première ligne initiée dès 2010. La Région wallonne s'est dotée récemment de son plan *Proxisanté* et la Région de Bruxelles-Capitale de son *Plan Social Santé Intégré - PSSI*¹¹⁵. Ces plans intègrent les accords du Plan interfédéral (dont une organisation territoriale de l'offre par Bassins), mais comprennent également des visions et objectifs particuliers à chaque région.

Le PSSI vise principalement à renforcer le recours aux services de première ligne en organisant l'offre de services ambulatoires de première ligne sur une base territoriale et à mieux intégrer les activités des professionnelles et professionnels de l'aide sociale et de la santé au sein de chaque territoire. « Il repose sur un usage plus intégré de tous les moyens disponibles. Il s'agit de pouvoir offrir un service de base à

¹¹³ OMS - Glossaire de la promotion de la santé - 1998 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf;jsessionid=3E83266C322A256E3E1F47E5B8AA69A3?sequence=1

¹¹⁴ Pour plus d'informations sur ce Plan interfédéral, voir Plan interfédéral pour des soins intégrés | <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/info-pour-tous/plan-interfederal-soins-integres#plan-interfederal-soins-integres--un-tremplin-pour-la-poursuite-de-la-reforme>

¹¹⁵ Concernant ces différents plans, voir FMM (ed), 2023.

l'ensemble de la population bruxelloise tout en atteignant les personnes les plus éloignées de l'aide et du soin. Cela implique d'organiser l'offre sur une base territoriale au plus près des besoins de la population et dans une approche globale des situations.»¹¹⁶ A cette fin, le plan vise un décroisement des politiques de santé et du social, ainsi qu'un travail de terrain intersectoriel et transversal.

Le PSSI comprend, entre autres :

- Une organisation territoriale de l'offre sociale-santé. Dans ce cadre la région bruxelloise est divisée en trois niveaux : les quartiers social santé, les cinq bassins d'aide et de soins, la région;
- Une structure d'appui à la première ligne de l'aide et des soins afin de renforcer la collaboration au sein de cette première ligne (c'est l'asbl Brusano qui a été désignée pour cette fonction);
- La mise en œuvre de contrats locaux social-santé - CLSS au sein des quartiers social-santé¹¹⁷;
- La mise en œuvre de plans opérationnels : un plan opérationnel conjoint, du plan opérationnel propre à la Commission communautaire commune, un plan opérationnel propre à la Commission communautaire française et un plan Promotion de la santé¹¹⁸;
- Le PSSI est encadré par un décret ordonnance conjoint (DOC) et déployé à travers différents textes légaux qui précisent ses objectifs et sa mise en œuvre¹¹⁹.

Quartiers social-santé :

Les quartiers social-santé sont des zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, couvrant l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Ces quartiers social-santé sont définis dans le DOC 1ère ligne et son arrêté d'exécution. Un quartier social santé regroupe, sauf exception, maximum 30.000 habitants.

Responsabilité populationnelle :

La responsabilité populationnelle est un concept qui signifie que toutes les organisations et tous les professionnels qui travaillent dans le domaine social-santé sur un territoire donné sont conjointement responsables de l'amélioration du bien-être des personnes qui y vivent. Il s'agit d'un effort commun, dans lequel chacun se sent impliqué et coopère, compte tenu des moyens et soutiens nécessaires fournis à cet effet par les pouvoirs publics. L'objectif est d'organiser l'aide et les soins non seulement en fonction de ce qui existe déjà ou de ce que les gens demandent, mais surtout en fonction des besoins réels d'un quartier ou d'une communauté. Cela nécessite une approche large et intégrée. Pour cela, plusieurs éléments sont nécessaires :

¹¹⁶ Source: Le Plan Social Santé Intégré <https://www.vivalis.brussels/fr/piloter-la-sante-et-le-social-a-bruxelles/quelles-sont-les-politiques-sociales-sante-que-nous/premiere-ligne-socio-sanitaire/le-plan-social-sante-integre>

¹¹⁷ Voir lexique.

¹¹⁸ Sources: www.brusselstakedcare.be; Le Plan Social Santé Intégré <https://www.vivalis.brussels/fr/piloter-la-sante-et-le-social-a-bruxelles/quelles-sont-les-politiques-sociales-sante-que-nous/premiere-ligne-socio-sanitaire/le-plan-social-sante-integre>

¹¹⁹ Les textes légaux sont principalement :

- Le DOC PSSI : Décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune relatifs à l'adoption et à la mise en œuvre du Plan social santé intégré bruxellois du 22/12/23 <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/decret/2023/12/22/2023048736/justel>
- Le DOC 1ère ligne : Décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale du 22/12/23 https://etaamb.openjustice.be/fr/decret-du-22-decembre-2023_n2023048741.html
- L'Arrêté d'exécution conjoint : Arrêté d'exécution conjoint du Collège réuni de la Commission communautaire commune et du Collège de la Commission communautaire française portant exécution du décret et ordonnance conjoints du 22 décembre 2023 et du 25 janvier 2024 relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale du 4/04/24 <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2024/04/04/2024003618/justel>
- L'Arrêté du Collège réuni relatif à la conclusion des contrats social santé, à l'agrément de la structure d'appui à l'ambulatoire ainsi qu'aux subventionnements et modalités de contrôle des CPAS dans le cadre de la mise en œuvre des quartiers social santé et de la structure d'appui à l'ambulatoire du 4/04/24 <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2024/04/04/2024003617/justel>
- L'ordonnance de la Commission communautaire commune relative à la politique de prévention santé du 16/05/2024 <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/ordonnance/2024/05/16/2024005053/moniteur>
- Décret de la Commission communautaire française modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé du 01/02/2024 https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2024/04/19_1.pdf#page=373
- L'Arrêté relatif à l'octroi de subventions pluriannuelles s'inscrivant dans le cadre de la mise en œuvre du Plan social santé intégré bruxellois pour des projets dans les secteurs de l'aide aux personnes et de la santé en ce compris de la promotion de la santé du 22/02/2024 <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2024/02/22/2024002316/justel>
- L'Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune fixant les normes que les hôpitaux doivent respecter du 25/05/2023 https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2023/08/04_1.pdf#page=139

4. Lexique, ce que nous entendons par...

- des outils pour identifier et analyser les besoins (tels que des diagnostics),
- des actions préventives qui favorisent la santé et le bien-être,
- et des approches de type communautaires qui impliquent activement la communauté elle-même dans l'amélioration du bien-être et de la santé.¹²⁰

Santé communautaire ou démarche communautaire en santé :

La démarche communautaire en santé, ou santé communautaire, est une stratégie qui vise le changement social et contribue à développer le droit à la santé pour tous. Elle se caractérise par une base collective et un processus participatif entre tous les acteurs concernés (habitants, professionnels, politiques, etc.). Elle repose sur une conception globale et positive de la santé, telle qu'elle est définie dans la charte d'Ottawa : un équilibre complexe et dynamique entre des facteurs biologiques, psychologiques, culturels, économiques, sociaux, spirituels et environnementaux.

Travail communautaire ou démarche communautaire :

L'action communautaire est une approche, basée sur le pouvoir d'agir des populations, qui vise à élaborer et développer, avec et pour les usagers, des réponses collectives à des problématiques collectives identifiées par la communauté dans une perspective de changement social, d'amélioration des déterminants de la santé, de lutte contre l'isolement et les mécanismes d'exclusion sociale et culturelle.

Ce processus progressif d'analyse et d'action repose sur la participation effective des usagers et leur mise en synergie avec des professionnels du social et de la santé, des acteurs locaux et des ressources du territoire.¹²¹

Dans ce contexte, la notion de 'communauté' est entendue comme un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier).

Il existe d'autres formes de travail social collectif (celui-ci se différenciant du travail social individuel, méthode d'accompagnement d'une personne ou famille). En dehors du travail communautaire, une travailleuse sociale ou un travailleur social peut proposer :

- Un travail social de groupe : un accompagnement ou des activités destinées à plusieurs familles ou plusieurs personnes de ménages différents permettant aux uns et aux autres de recevoir de l'information, de trouver une solution aux problèmes de chacun, de s'encourager, s'entraider, de lutter contre la solitude, etc. Dans ce cadre, l'activité se fait en groupe, mais le problème est envisagé dans sa dimension individuelle et le changement visé est également individuel, chacun trouvant sa solution.
- Un travail social en groupe : un accompagnement destiné à plusieurs familles ou plusieurs personnes de ménages différents qui s'associent pour trouver une réponse collective à l'ensemble des personnes du groupe.¹²²

Universalisme proportionné :

« Principe en vertu duquel un accès aux mêmes services est offert à l'ensemble de la population, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale ou sanitaire. » (DOC 1^{ère} ligne)

¹²⁰ Ce terme est également défini dans le DOC 1^{ère} ligne

¹²¹ Sources :

- DOC 1^{ère} ligne. Cette définition de l'action communautaire a été pensée afin d'intégrer une approche déterminants de la santé qui soit compatible avec l'action sociale et l'action santé. La définition a été concertée par les acteurs du social et de la santé.

- Notion de 'Maatschappelijk Opbouw' développée par SAAMO. Voir <https://www.departementzorg.be/nl/maatschappelijk-opbouwwerk>

¹²² Maeyens C & Bosquet C, 2016.



Sources bibliographiques, pour aller plus loin

Contexte général

Karel Arnaut & al, 2022, « Solidariteit en precariteit in tijden van pandemie: ongehoorde stemmen », KULeuven: Leuven

<https://soc.kuleuven.be/sway/verhalen/solidariteit-en-precariet-in-tijden-van-pandemie-ongehoorde-stemmen>

Brusano (ed), 2024, « Le social-santé en transformation à Bruxelles », *Zinneke*, 01

<https://www.brusano.brussels/publications/zinneke/>

Brusano (ed), 2020, « Retour d'expérience après la crise du COVID-19 à Bruxelles. Une revue transversale et intégrée. », Analyse

[brusano.brussels/pdf/analyses-2020-retour-dexperience-apres-la-crise-covid-19-a-bruxelles-une-revue-transversale-et-integree/](https://www.brusano.brussels/pdf/analyses-2020-retour-dexperience-apres-la-crise-covid-19-a-bruxelles-une-revue-transversale-et-integree/)

CBCS (ed), 2024, Vers des politiques sociales santé intégrées,

https://cbcs.be/revue_bis/bis-180/

CBCS (ed), 2022, « Territoire, la nouvelle star du social-santé ? », BIS, 180

<https://cbcs.be/territoire-la-nouvelle-star-du-social-sante/>

CBCS (ed), 2019, « Saturation du social-santé à Bruxelles: paroles de terrain »

<https://cbcs.be/saturation-du-social-sante-a-bruxelles-paroles-de-terrain/>

Deprez Anne, Noël Laurence & Solis Ramirez Felicia, 2020, 'Analyse des impacts de la première vague de la crise de la Covid-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région bruxelloise et en Wallonie », Observatoire de la santé et du social, Fédération Wallonie-Bruxelles, Iweps

<https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2023-12/3.3.%20impact-sociaux-covid-rapport-phase-exploratoire-2020.pdf>

FMM (ed), 2023, « Dossier: Territoires et santé », *Santé conjuguee*, 104

<https://www.maisonmedicale.org/sante-conjuguee/territoires-et-sante/>

Geurts Florence & Favresse Damien, 2022, « Services médico-sociaux de première ligne à Bruxelles: impact de la crise sanitaire et recommandations », CBPS: Bruxelles

<https://www.cbps.be/telecharger/5>

Olivia Vanmechelen & Stefaan Vermeulen, 2021, « Brusselse wegwijzer in welzijn en zorg », Cahier, 15,

5. Sources bibliographiques, pour aller plus loin

KCWWZ

<https://www.kenniscentrumwvz.be/kennisbank/cahier-15-brusselse-wegwijzer-in-welzijn-en-zorg>

Organisation Mondiale de la Santé, 1978, Declaration of Alma-Ata.

<https://iris.who.int/handle/10665/347879>

Stefaan Vermeulen & al, 2020, « Veerkracht in coronatijden », Cahier, 14, KCWWZ

<https://www.kenniscentrumwvz.be/files/Kennisbank-Items/cahiers/Cahier-14-Veerkracht-in-coronatijden.pdf>

Willaert Alain, Marziali Valentina, 2024, « Évolution des problématiques sociales et de santé 2018 – 2022: constats et recommandations », CBCS: Bruxelles

https://cbcs.be/wp-content/uploads/2024/03/RI_CBCS_2023_webversiondef.pdf

Accès aux droits et non-recours

Feron Pauline & Maisin Charlotte, 2022, « Non-recours toujours ! Fermeture des guichets et dématérialisation des services aux usagèr. es, l'expérience du numéro vert bruxellois « Allo ? Aide sociale » , Pauvreté, 35, Forum - Bruxelles contre les inégalités

https://www.le-forum.org/uploads/pauve%CC%81rite%CC%81-35-Web_1.pdf

Forum - Bruxelles contre les inégalités (Ed), 2017, « Hors-circuit, laboratoire de l'intervention sociale: Rencontres autour du non-recours »

<https://www.le-forum.org/news/71/7/Rencontres-autour-du-non-recours>

INAMI & Médecin du monde (Ed), 2014/09, « Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique »

<https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-blanc.pdf>

INAMI & Médecin du monde, 2014/03, « Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique », Wolters Kluwer Belgium SA: Waterloo

<https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf>

Myaux Deborah, Serré Alexia & Justine Vleminckx, 2020, « Un accueil social de première ligne pour favoriser l'accès aux droits. Non-recours et sous-protection sociale », Les cahier de la recherch'action, 9, FDSS

<https://www.fdss.be/fr/publication/un-accueil-social-de-premiere-ligne-pour-favoriser-lacces-aux-droits-non-recours-et-sous-protection-sociale/>

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, 2017, « Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise », Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016, Commission communautaire commune: Bruxelles

<https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2023-12/5.17.1.%20rapport-thema-2016.pdf>

Katleen Van den Broeck & al, 2024, « Studie over non-take-up van het leefloon en afgeleide rechten. Schatting en inspirerende praktijken ter bestrijding van non-take-up », HIVA-KU Leuven: Leuven.https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/NTU_rapport_NL.pdf

Bas seuil, ligne 0.5 et outreach

Edland-Gryt Marit & Skatvedt Astrid Helene, 2013, «Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders », Elsevier - International Journal of Drug Policy, 24, pp. 257– 264.

Dewaele Cis, 2022, « Niet iedereen die het eigen kantoor verlaat, werkt outreachend », Pluralistisch Overleg Welzijnswerk: Berchem

<https://sociaal.net/achtergrond/outreachers-zijn-de-sterke-buitenbeentjes-van-sociaal-werk/>

Parisse Jordan & Porte Emmanuel, 2022, « Les démarches d'aller-vers' dans le travail social: une mise en perspective », *Cahiers de l'action*, 59, pp 9-16, CAIRN

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2022-2?lang=fr>

Vignes Maguelone & Roland Michel, 2022, « Ligne et fonction 0.5 dans l'organisation social/santé à Bruxelles », *Analyse*, Brusano: Bruxelles

<https://www.brusano.brussels/pdf/analyses-2022-ligne-et-fonction-05-dans-lorganisation-social-sante-a-bruxelles/>

Case manager

Brusano (ed), 2024, « Fonctions cliniques d'accompagnement pour les personnes en situation complexe », *Analyse*

<https://www.brusano.brussels/pdf/fonctions-cliniques-daccompagnement-pour-les-personnes-en-situation-complexe/>

Brusano (ed), 2023, « Case manager », *InfoFiche*

<https://www.brusano.brussels/pdf/infofiche-case-manager/>

SPF Santé, 2023, « Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés », annexes 1 & 2, pp. 51-56

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/info-pour-tous/plan-interfederal-soins-integres>

Chargés de prévention et promotion santé - CPPS

<https://www.brusano.brussels/>

Fédération des Maisons Médicales (ed), 2024, « Rapport d'activité 2023. Projet de mobilisation des acteurs de prévention et de promotion de la santé dans le cadre du PSSI »

Communautaire

Maeyens C & Bosquet C, 2016, « Une approche du travail communautaire en Belgique », *Les politiques sociales*, 1&2, pp. 62-74

<https://lespolitiquessociales.org/revues/la-demarche-communautaire-une-methodologie-qui-fait-sante/>

<https://www.samvzw.be/kennis>

Community Health Workers - CHW

<https://www.chw-intermut.be/>

Apers Hanne, Mullié Karen, Wouters Edwin & Masquillier Caroline, 2025, « Community health workers en België – rapport 2024 », Université d'Anvers: Anvers

<https://www.chw-intermut.be/wp-content/uploads/2025/03/CHW-Rapport-2024-FR.pdf>

Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2024, « Community health workers en Belgique - rapport 2023 », Université d'Anvers: Anvers

<https://www.chw-intermut.be/wp-content/uploads/2024/04/CHW-rapport-2023-final-Fr.pdf>

CHW Intermut (ed), 2023, « Les huit rôles d'un CHW », *Infofiche*

https://www.chw-intermut.be/wp-content/uploads/2023/01/infofiche_community-health-workers_FR_V2.pdf

5. Sources bibliographiques, pour aller plus loin

Masquillier Caroline & Wouters Edwin, 2023, « Community health workers en Belgique – rapport 2022 », Université d'Anvers: Anvers

https://www.chw-intermut.be/wp-content/uploads/2023/05/Les-Community-Health-Workers-en-Belgique_MasquillierWouters_2023.pdf

Masquillier Caroline, Cosaert Theo & Wouters Edwin, 2022, « Community health workers en Belgique-rapport 2021 », Universiteit Antwerpen: Anvers

https://www.chw-intermut.be/wp-content/uploads/2023/01/FINAL-Rapport- CHWs-en-Belgique_FR.pdf

News.belgium, communiqué de presse « Covid-19: projet Community Health Workers », 15 janvier 2021

<https://news.belgium.be/fr/covid-19-projet-community-health-workers>

Nothelier Laura, 2024, « A la rencontre des community health workers », *Santé conjuguee*, 107, pp.5-7

<https://www.maisonmedicale.org/sante-conjuguee/travail-social-en-mutation/>

Thollot Adeline, 2023, « Des Community Health Workers pour pallier au non-recours ? » in dossier « Vers des politiques social-santé intégrées » site web du CBCS, mai 2023

https://cbcs.be/revue_bis/bis-180/

Vanderveken Juliette, 2021, « Les Community Health Workers », *Education Santé*, Décembre 2021

<https://educationsante.be/les-community-health-workers/>

Conseillers en Santé - CeS

Intermut (ed), 2024, « Projet Conseillers en Santé - Gezondheidsadviseurs en Région de Bruxelles-Capitale. Rapport d'activité année 2024 »

Intermut (ed), 2023, « Rapport d'analyse du projet « Conseillers en Santé » - Bruxelles 2022-2023 »

Mutualités Libres, 2024/10, « Conseillers en Santé: un levier pour améliorer l'accès aux soins ? »

<https://www.mloz.be/fr/news/conseillers-en-sante-un-levier-pour-ameliorer-laces-aux-soins>

Jean-François Noulet, 2021/07, « Les mutualités déploient des accompagnateurs auprès des publics fragilisés pour leur faciliter l'accès aux soins de santé », site web de la RTBF

<https://www.rtbf.be/article/>

[les-mutualites-deploient-des-accompagnateurs-aupres-des-publics-fragilises-pour-leur-faciliter-l-acces-aux-soins-de-sante-10796797](https://www.rtbf.be/article/les-mutualites-deploient-des-accompagnateurs-aupres-des-publics-fragilises-pour-leur-faciliter-l-acces-aux-soins-de-sante-10796797)

RAQ

<https://raq.brussels/fr/>

FDSS (ed), 2024/03, *BARAQA. Le journal des RAQ*, 02

https://www.fdss.be/wp-content/uploads/2024_RAQ_PUB_baraka2_V02_FR.pdf

FDSS (ed), 2023, *BARAQA. Le journal des RAQ*, 01

23-42 - RAQ-journal_05FR (2).pdf

FDSS (ed), 2022/09, « Relais d'action de quartier. Document balise du projet »

<https://www.raq.brussels/fr/component/sppagebuilder/page/10>

FDSS (ed), 2022/01, « Relais d'action de quartier. Rapport de recherche »

https://www.fdss.be/wp-content/uploads/2022-10-28_RAQ_bilan-de-la-periode-avril-decembre-2021.pdf

Vankeerberghen Audrey & Maisin Charlotte, 2023, « 'Aller vers' à l'échelle d'un territoire. Le projet des Relais d'Action de Quartier », *Les cahiers de la recherche'action*, 14, FDSS

https://www.fdss.be/wp-content/uploads/23-32-A5_Cahier_Rechercheaction14_07.pdf

Vleminckx Justine, Cherifi Toufik & Angé Chloë, 2023, « Action communautaire à l'échelle des quartiers. Le projet BRI-Co », *Les cahiers de la recherche'action*, 15, FDSS

https://www.fdss.be/wp-content/uploads/23-69-A5_Cahier_Rechercheaction15_04.pdf

STEK

SAM, 2019, « de STEK / l'APOR. Un geste fort pour la protection sociale », SAAMO Brussel vzw & SAM, steunpunt mens en samenleving vzw

<https://www.saamo.be/tool/de-stek-lapor-un-geste-fort-pour-la-protection-sociale/>

Bekaert Ann, Denys Bart & al, 2016, « Buurtgerichte Zorg. De 'actief zorgzame buurt' als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel », Vereniging van Vlaamse Dienstencentra: Brussel

https://www.brudoc.be/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1310

5. Sources bibliographiques, pour aller plus loin

De nouveaux dispositifs d'aller- vers' à Bruxelles : RAQ, CHW, CPPS, CeS (et autres)

Ce Panorama est le premier numéro d'une nouvelle collection de l'Observatoire de la Santé et du Social (le centre d'études de Vivalis) visant une meilleure compréhension et connaissance de l'offre social-santé à Bruxelles.

Ce Panorama se décline en deux formats : un document complet ainsi qu'un poster reprenant l'information aisément imprimable ('En un coup d'œil'). Ils sont disponibles sur <https://www.vivalis.brussels/fr/informer-et-communiquer/observatoire/observatoire-de-la-sante-et-du-social-de-bruxelles-capitale>

Le Panorama complète utilement d'autres outils d'information développés par l'Observatoire :

- **Bruxelles social**, le répertoire en ligne de l'offre social-santé bruxelloise. Celui-ci fournit un aperçu centralisé, général, actualisé, bilingue et accessible de l'offre social-santé, ainsi qu'une description de l'organisation des services dans le domaine social-santé à Bruxelles.

Ses outils d'export et de répertoire personnalisé sont présentés sur <https://social.brussels/page/a-propos-de-la-carte-sociale>

- **Brudoc**, service de documentation sur les questions socio-sanitaires en région bruxelloise <https://www.brudoc.be/>

Deze publicatie is ook beschikbaar in het Nederlands.