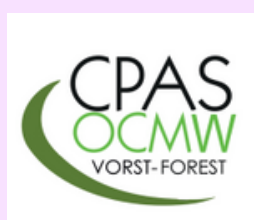
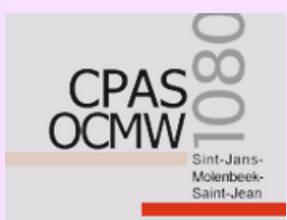


# CONTRAT LOCAL SOCIAL SANTÉ

## LE CLSS 5 ANS APRÈS, ÇA DONNE QUOI ?



Bilan de ces 5 dernières années dans le  
cadre des CLSS.



Avec le soutien de la Commission Communautaire Commune





# CLSS

5 ans  
après...

... ça donne  
quoi ?

PROMOTION À LA  
SANTÉ.

 cré1 visuel

ST GILLES

LAEKEN

Koekelberg

Molenbeek

Bruxelles  
Ville

Schaerbeek

Forest

logement

Cpas

Prévention  
santé

Parents  
seuls

# CONTEXTE

Le fascicule que vous vous apprêtez à explorer est issu de la matinée d'étude consacrée aux CLSS (Contrats Locaux Social Santé), organisée le mardi 25 novembre 2025 à Bruxelles.

Cette rencontre, tenue à l'occasion de la clôture du premier quinquennat des CLSS (2020-2025), a permis de dresser un état des lieux de ce dispositif déployé en Région bruxelloise, d'abord comme projet pilote, puis comme première mise en œuvre concrète du Plan Social Santé Intégré (PSSI).

Vous y trouverez un retour sur les échanges de la matinée, une présentation des CLSS et de leur méthodologie d'action, ainsi que trois exemples de projets menés à Forest, Molenbeek et Saint-Gilles, illustrant la diversité et la portée des initiatives locales.

Une analyse réalisée par l'Observatoire de la Santé et du Social vient conclure cette première partie.

La seconde partie propose le compte rendu des ateliers thématiques, offrant un éclairage complémentaire sur les enjeux actuels et futurs du dispositif CLSS.

**Scannez le QR code pour  
un aperçu de la matinée**

Ou en cliquant sur ce lien  
(pour la version digitale) :  
<https://youtube.com/shorts/pTFPuIFSKoU>



# REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à l'ensemble des personnes et organisations qui ont contribué à la réussite de cette matinée.

Nous remercions tout particulièrement Monsieur Alain Maron, Ministre du gouvernement de la Région de Bruxelles - Capitale, chargé de la Santé et de l'Action Sociale; pour sa présence, sa prise de parole inspirante, ainsi que l'attention apporté au développement du dispositif CLSS. Sa participation a été un signal fort pour l'ensemble de nos partenaires.

Un immense merci à Vivalis, aux CPAS, aux associations impliqués dans les dynamiques CLSS et à tous les acteurs institutionnels et de terrain qui soutiennent ce projet au quotidien.

Nos remerciements chaleureux s'adressent également au CERAPSS, pour son accompagnement constant et précieux tout au long de la démarche.

Nous souhaitons à souligner la participation engagée de toutes les personnes présentes, malgré la grève du mardi 25 novembre 2025. Votre mobilisation témoigne de l'importance que vous accordez à cette initiative.

Un grand merci aux acteurs de la troupe théâtrale CAPTATIO, dont l'intervention a apporté une dimension vivante et sensible à cette rencontre.

Nous adressons aussi nos remerciements à Catherine De Brye (Facilitatrice Visuelle) et son entreprise 'Cré1Visuel' pour les visuels. Nous remercions aussi la vidéaste Maude Devulder (Asbl Atlas) et à la photographe Victoire 2Rivoyre, pour leur contribution essentielle à la mise en valeur de cet événement.

Enfin et surtout merci à l'ensemble des référent·es quartiers CLSS et à l'ensemble de nos collègues, dont l'implication, l'énergie et l'aide précieuse ont rendu possible l'organisation et la mise en place de cette matinée.

Rien de tout cela n'aurait pu voir le jour sans votre engagement à toutes et à tous.

**Merci !**



# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. MOT DU MINISTRE ALAIN MARON</b>	<b>P.5</b>
<b>2. ACCOMPAGNEMENT DE L'ASBL CERAPSS</b>	<b>P.8</b>
<b>3. LE CLSS, C'EST QUOI?</b>	<b>P.9</b>
<b>4. 3 PROJETS CLSS DANS 3 QUARTIERS</b>	<b>P.23</b>
<b>5. EVALUATION CLSS, 5 ANS APRÈS...</b>	<b>P.27</b>
<b>6. ANIMATION THÉÂTRALE – SYNTHÈSE</b>	<b>P.30</b>
<b>7. LES ATELIERS</b>	<b>P.31</b>
<b>8. ANIMATION THÉÂTRALE – CONCLUSION</b>	<b>P.40</b>
<b>9. RETOUR EN IMAGES</b>	<b>P.41</b>
<b>10. ANNEXES</b>	<b>P.50</b>



# 1. MOT DU MINISTRE ALAIN MARON



Ministre du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, chargé de la Transition climatique, de l'Environnement, de l'Énergie, de la Propreté publique, de la Démocratie participative, de la Santé et de l'Action sociale

**Scannez le QR code pour voir le discours complet du Ministre Maron**

Ou en cliquant sur ce lien (pour la version digitale) :

<https://youtube.com/shorts/gUKb6jxbnB4?feature=share>







19-24

MINISTRE SOCIAL Santé ⇒  
Alain Maron

une  
priorité

ensemble  
pour  
la 1ère fois

200 ACTIONS - 5 BASSINS

Dont

CLSS

INTERSECTORIEL

Comprendre  
les besoins  
d'un quartier

① Diagnostic

② Plan d'action

Créa1visuel

Lutter  
Contre  
l'isolement

CLSS  
Une 1ère!

Merci  
pour votre  
engagement



## 2. ACCOMPAGNEMENT DE L'ASBL CERAPSS

● L'Asbl CeRAPSS développe une approche structurée visant à renforcer les compétences et les pratiques des référents de quartier engagés dans les dynamiques communautaires 'Social-Santé'. Cet accompagnement, méthodologique se décline en plusieurs axes complémentaires.

● Sur cette base, les référents de quartier sont également accompagnés dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des plans d'action découlant des diagnostics. L'objectif est de favoriser des interventions cohérentes, adaptées et ancrées dans une logique de promotion de la santé communautaire.

Il s'agit d'abord de soutenir les référents de quartier dans l'élaboration, la mise à jour, ainsi que l'analyse des diagnostics communautaires locaux 'Social-Santé'. Ce travail permet d'objectiver les besoins du quartier, de comprendre les réalités du terrain et d'identifier les ressources mobilisables au sein du quartier.

Un autre aspect important est l'aide à la création d'un réseau social-santé dans le quartier. Grâce à une méthode participative, les référents apprennent à rassembler les acteurs locaux, à organiser des moments d'échange et à développer des collaborations solides pour répondre ensemble aux besoins du quartier.





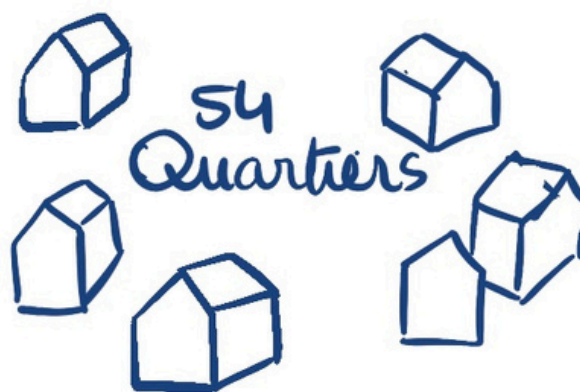
L'accompagnement vise également à aider les référents des CLSS 1.0 ou CLSS 2.0, à clarifier leur identité professionnelle (Cf. Communauté de pratique).

Cet appui porte sur la compréhension de leur rôle, leur positionnement et leurs missions spécifiques dans le cadre d'une approche communautaire intégrée et d'une animation de réseau 'Social-santé'.

Par ailleurs, une attention particulière est portée à la compréhension et à l'intégration des leviers permettant de réduire les inégalités sociales de santé à l'échelle locale.



Améliorer  
la qualité  
de Vie  
des Bruxellois

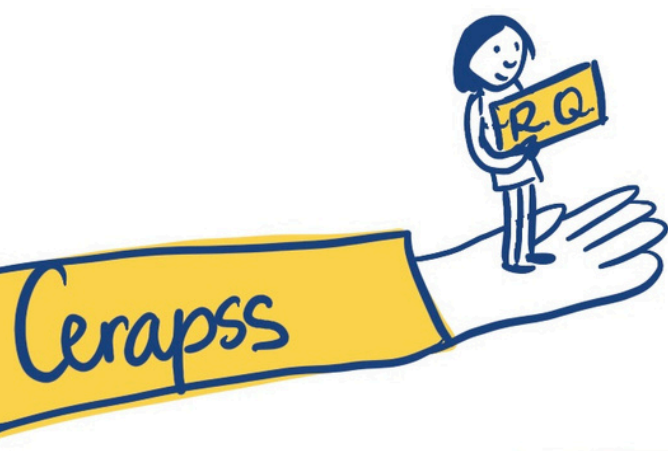


cré1visuel

Les référents de quartier sont équipés pour identifier ces leviers, et les traduire en actions concrètes.

Le CeRAPSS travaille à clarifier, et à formaliser sa méthodologie d'accompagnement.

Cette démarche permet de rendre les pratiques reproductibles avec plus de facilité, cohérentes et organisées, afin d'offrir un soutien durable aux référents de quartier dans leurs missions.



CLSS ... 5 ans Après  
ça donne quoi?

cré1visuel





# 3. LE CLSS, C'EST QUOI ?

## La ligne du temps des CLSS

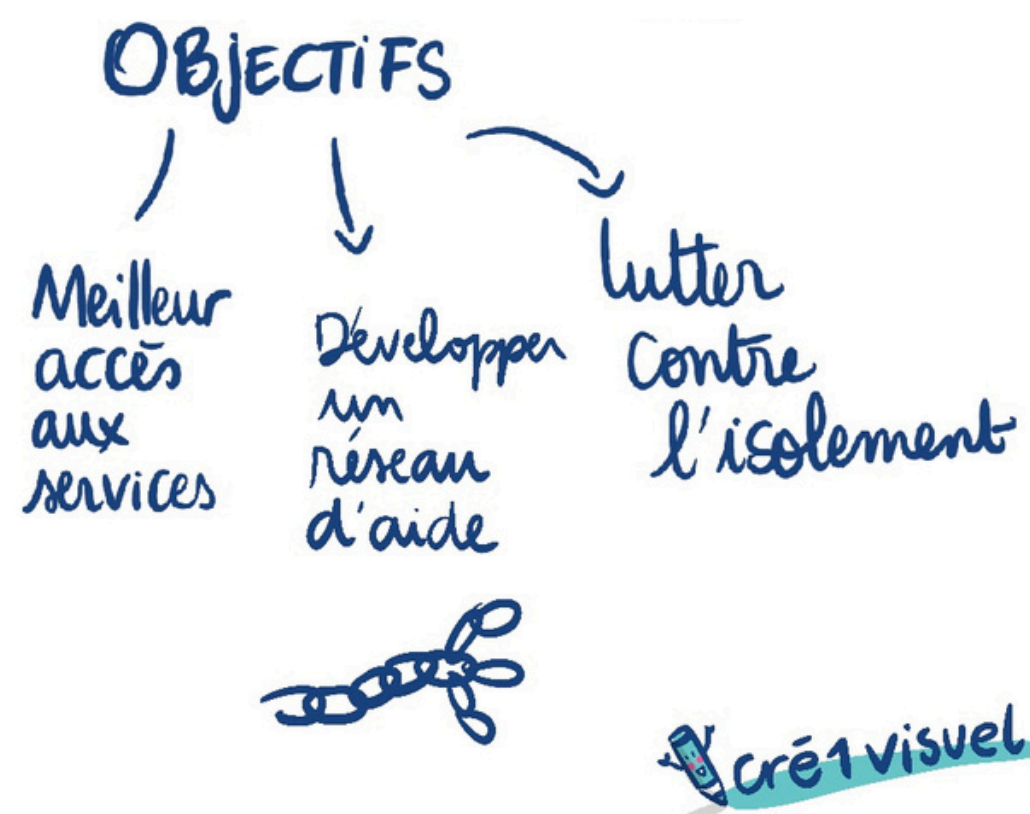
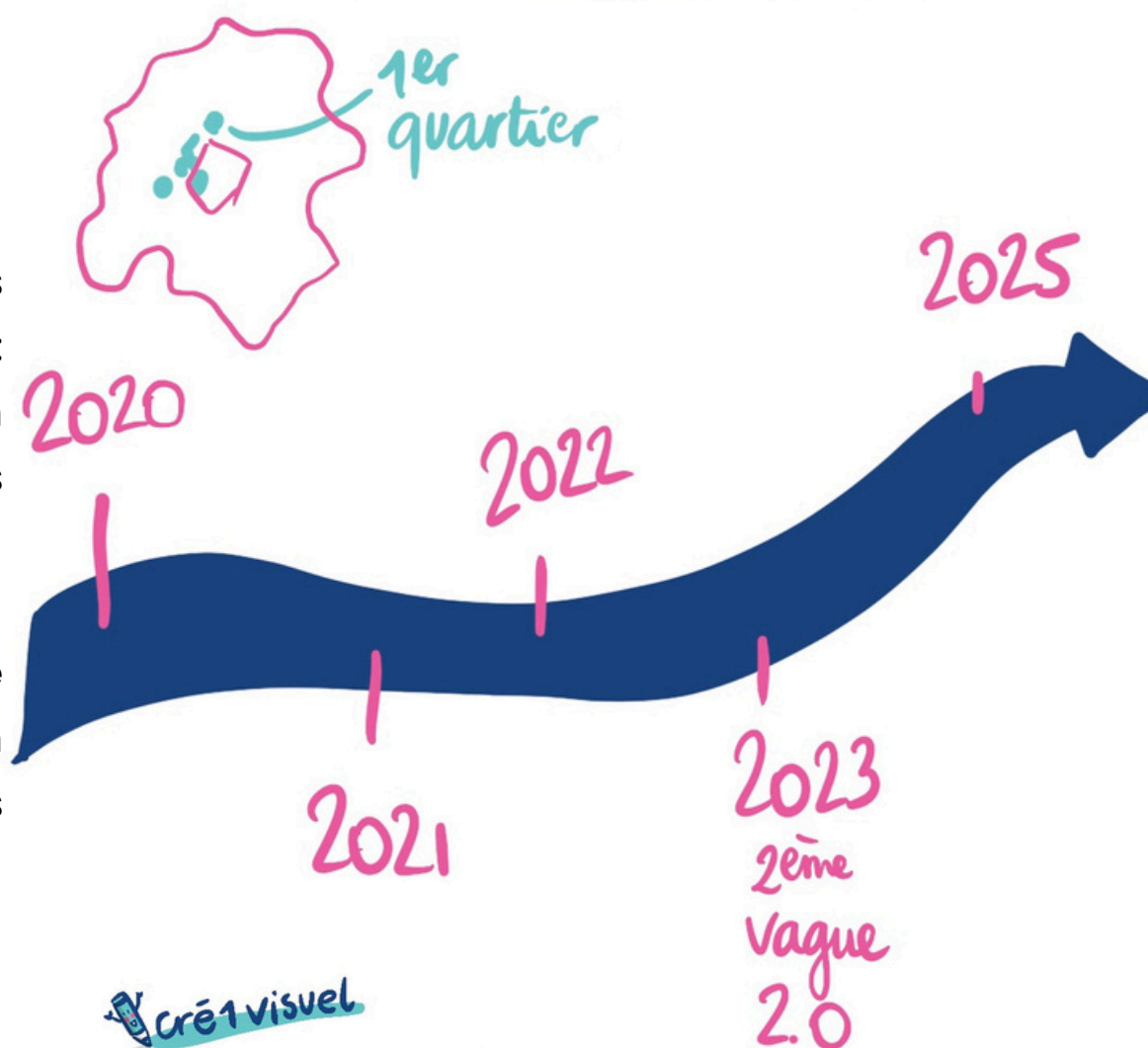
Depuis 2020, les Contrats Locaux Social-Santé sont devenus l'un des principaux outils de territorialisation du social-santé à Bruxelles.

En 2021, la Région de Bruxelles-Capitale lance le dispositif avec 9 quartiers pilotes dans 5 communes.

En 2021, ces CLSS réalisent leurs diagnostics communautaires : Cartographie des besoins, mobilisation des acteurs, structuration des groupes de travail.

En 2022, avec le 'Plan Social Santé Intégré'; les premiers plans d'action sont validés et des projets concrets sont financés dans les quartiers CLSS.

CLSS ... 5 ans Après  
ça donne quoi?



En 2023, une deuxième vague est lancée : 9 nouveaux CLSS, sur les 9 quartiers prévus; 7 sont réellement lancés et on passe donc à 16 quartiers couverts, avec une méthodologie de territorialisation renforcée.

En 2024, un arrêté clarifie le cadre institutionnel et renforce la place des CLSS dans le PSSI.

2021

## 1. Molenbeek :

- 1.1 Gare de l'Ouest 1.0
- 1.2 Molenbeek Historique 1.0

## 2. Forest :

Bas de Forest 1.0

## 3. Anderlecht :

- 3.1 Colignon 1.0
- 3.2 Brabant 1.0

## 4. Bruxelles-villes :

- 4.1 Senne 1.0
- 4.2 Marolles 1.0

## 5. Schaerbeek :

- 5.1 Wayez 1.0
- 5.2 Cureghem 1.0

2023

## 6. Saint-Gilles

Bas de Saint-Gilles 2.0

## 7. Koekelberg :

Koekelberg 2.0

## 8. Anderlecht :

Peterbos 2.0

## 9. Bruxelles-villes :

- 9.1 Laeken Sud 2.0
- 9.2 Quartier Nord 2.0

## 10. Schaerbeek :

Helmet 2.0

## 11. Saint-Josse :

Saint-Josse 2.0



En 2025, cinq ans après leur lancement, les CLSS sont devenus un outil standardisé du travail ‘Social-Santé’, réalisé au niveau du quartier. C’est ce parcours que nous analysons aujourd’hui.

# LE CLSS DANS LE PSSI

Au sein du **Plan Social Santé Intégré (PSSI)**, les CLSS occupent une place centrale pour territorialiser les politiques et stratégies régionales bruxelloises du social-santé et les faire vivre au sein des quartiers.

Portés par les coordinations sociales des CPAS, les CLSS rassemblent les acteurs sociaux, les professionnels de la santé, de la promotion de la santé et les habitants.

Cette méthode de travail inter-sectorielle et co-construite garantit une compréhension des réalités locales.

Les CLSS développent des actions visant à **améliorer l'accès aux services; lutter contre la pauvreté et le non-recours aux droits; rompre l'isolement et combattre les inégalités sociales de santé.**

Les CLSS permettent de construire des réponses adaptées au terrain et utiles aux habitants.

# SÉLECTION DES QUARTIERS CLSS

Pour couvrir tout le territoire bruxellois, la Région de Bruxelles - Capitale a défini des groupements de quartiers 'Social - santé' rassemblant entre 10 000 et 30 000 habitants.

La sélection repose sur des indicateurs de précarité sociale et de santé : Pauvreté, mauvaises conditions de logement, non-recours aux droits, santé défavorable, mais aussi absence de soins dentaires ou prévalence du diabète.

L'objectif est clair : Intervenir là où les besoins sont les plus importants, notamment auprès des publics les plus vulnérables et dans les zones où l'accès aux soins reste limité.

Enfin, le découpage n'est jamais figé : Il est affiné en concertation avec les CPAS et leurs coordinations sociales, selon les réalités locales.



# LES OBJECTIFS DÉFINIS DES CLSS

1

Favoriser l'accès aux services sociaux et sanitaires, pour les publics les plus vulnérables.

➔ **Lutte contre le non recours aux droits**

2

Développer le réseau d'aide sociale et de soins ainsi que les réseaux informels au sein du quartier, pour faciliter la prise en charge intégrée et centrée sur les objectifs de la personne.

➔ **Le maillage**

3

Renforcer la prévention de la perte de logement et des expulsions; et l'accompagnement des citoyens vers le (re)logement qualitatif.

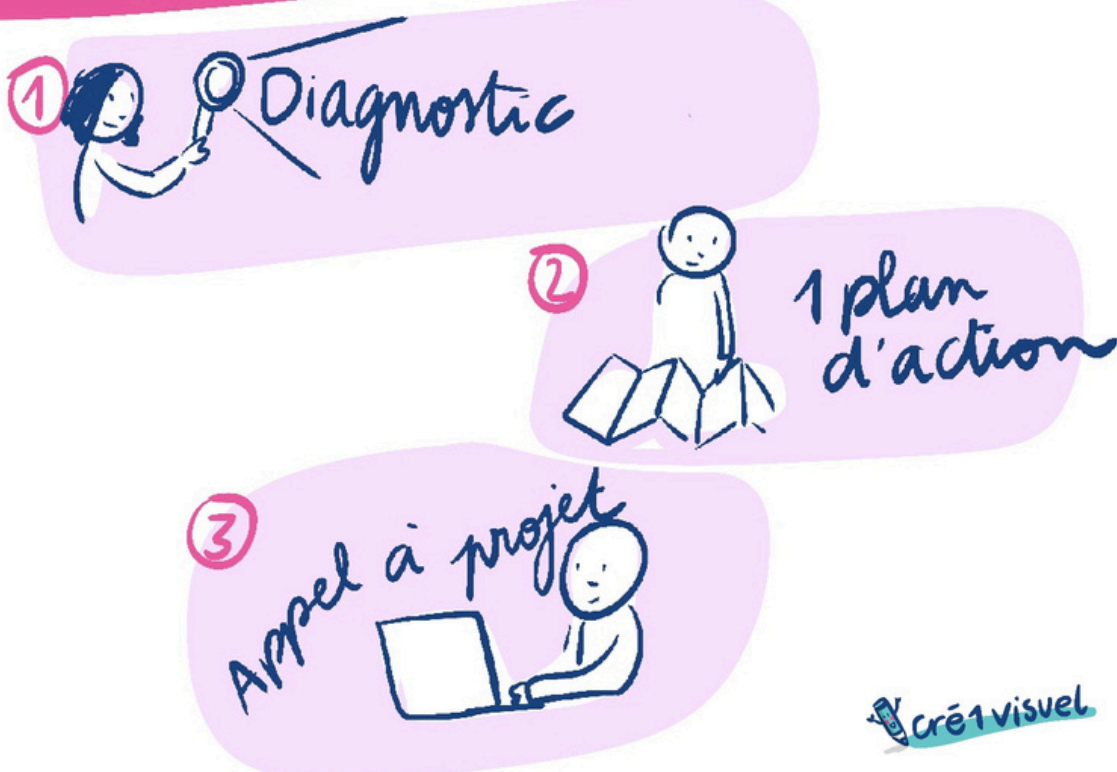
**A partir de 2023 :**

Développer un environnement favorable (logement, environnement, emploi, éducation, sociales,...), afin de diminuer les inégalités sociales et santé.

➔ **Agir sur les déterminants sociaux de la santé**

# LA MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR DÉVELOPPER LE DISPOSITIF CLSS

1.0.



1.0

## 3 ÉTAPES

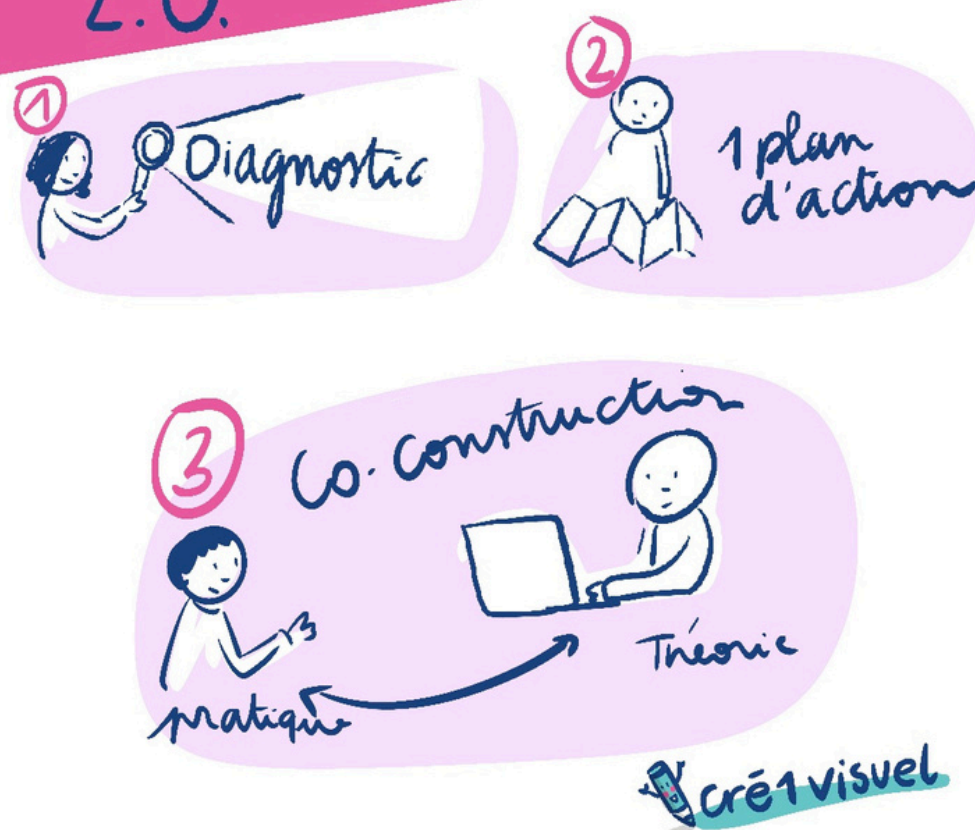
- Le diagnostic communautaire,
- Le plan d'action communautaire,
- Le lancement des projets en répondant **aux appels à projets**

2.0

## 3 ÉTAPES

- Le diagnostic communautaire,
- Plan d'action communautaire,
- Le lancement des **projets co-construits**

2.0.



# LA MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR DÉVELOPPER LE DISPOSITIF CLSS

Le dispositif CLSS vise à renforcer les synergies entre acteurs du social, de la santé, et les habitants autour d'enjeux locaux.

Sa méthodologie repose sur une approche territoriale, intersectorielle et participative, construite à partir des besoins exprimés par les habitants et d'un partenariat actif entre institutions publiques et secteur associatif.

## CLSS 1.0

La démarche débute par la mise en place d'une gouvernance commune et du réseau CLSS.

Un diagnostic communautaire, mêlant données qualitatives et quantitatives, la constitution de groupes de travail et la consultation citoyenne, permet par la suite d'identifier les priorités du quartier.

Ces résultats servent à élaborer un plan d'action, suivi d'un appel à projets pour soutenir les initiatives locales. Une évaluation continue garantit l'adaptation des actions au terrain.

## CLSS 2.0

On passe d'une logique **d'appel à projets** à une logique de **co-construction**.

Inspiré de l'expérience du bas de Forest, le dispositif encourage désormais les institutions, associations et habitants à élaborer ensemble: Les projets du plan d'action communautaire, sur base du diagnostic partagé.

Cette version adopte une approche 'Bottom-up' et une méthodologie de 'Recherche-Action', favorisant l'émergence de solutions concrètes, ancrées dans la réalité du quartier.



# L'ORGANISATION ET LA COORDINATION DES "GT"

Lorsque les CLSS se mettent en place, les Groupes de Travail (GT) deviennent rapidement le cœur de la dynamique locale. Mais leur création n'a jamais suivi un modèle unique. Chaque GT est d'abord le reflet d'un quartier, de son histoire et de ses liens.

Dans certains territoires, tout était déjà en place : une coordination sociale active, des diagnostics récents, des groupes thématiques bien rodés.

Les 'GT CLSS' se sont simplement greffés à cette organisation existante, comme une continuité naturelle.

Dans d'autres quartiers, on est parti de groupes déjà présents: Un Contrat de Quartier Durable; des analyses communales; des constats associatifs; pour redonner corps à un diagnostic collectif.

Et puis il y a les quartiers où il a fallu tout reconstruire : Recréer un réseau, retisser des liens, poser les bases d'une coordination quasi inexistante. Là, le 'GT CLSS' est devenu le premier véritable espace pluridisciplinaire; un lieu où les acteurs se rencontraient enfin.

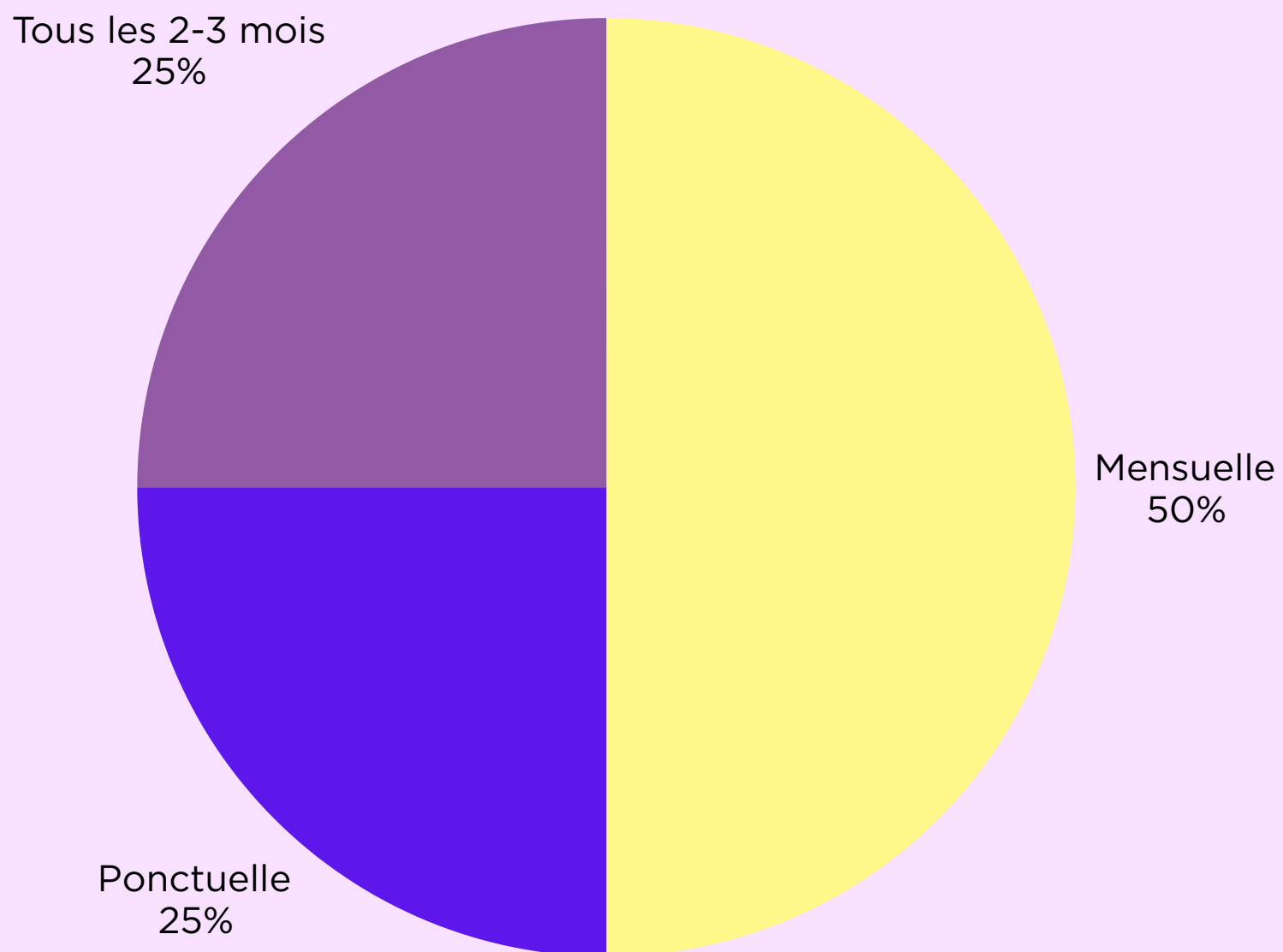
Car un élément varie fortement d'un quartier à l'autre : le niveau de confiance initial entre CPAS, commune et associations. Parfois solide, parfois fragilisé, il a influencé la vitesse et la fluidité du démarrage des CLSS.

En résumé, il n'y a pas eu un modèle de création, mais une adaptation au terrain. Chaque 'GT' est né de l'histoire, du réseau et des besoins du quartier.

La manière de décider reflète également cette diversité. Certains 'GT' fonctionnaient au consensus, d'autres utilisaient des méthodes d'intelligences collectives comme le consentement.

Dans plusieurs CLSS 1.0, la co-construction restait limitée, et les décisions venaient principalement des institutions. Parfois, un règlement d'ordre intérieur ou une charte venait formaliser les choses, et parfois rien n'était formalisé, car le 'GT' se concentrait avant tout sur le diagnostic.





La fréquence des réunions évoluait elle aussi selon les phases : Intense durant le diagnostic, plus espacée après l'appel à projets, parfois ralentie par des incertitudes budgétaires, parfois relancée par le lancement des nouveaux projets.

Quant aux participants, beaucoup de 'GT' ont réuni un noyau stable regroupant : CPAS, commune, associations sociales et santé, logement, écoles, jeunesse, parentalité...

Une diversité précieuse, qui a permis une compréhension fine des réalités du quartier.

Mais certains acteurs restaient difficiles à mobiliser : Médecins de première ligne, mutuelles, secteur culturel, certaines écoles, et initiatives citoyennes.

Raconter les GT, c'est raconter des dynamiques humaines, des contextes contrastés et des manières différentes d'avancer ensemble. Un travail patient, collectif, profondément ancré dans chaque territoire.



# Etat des lieux 2025

## En cours

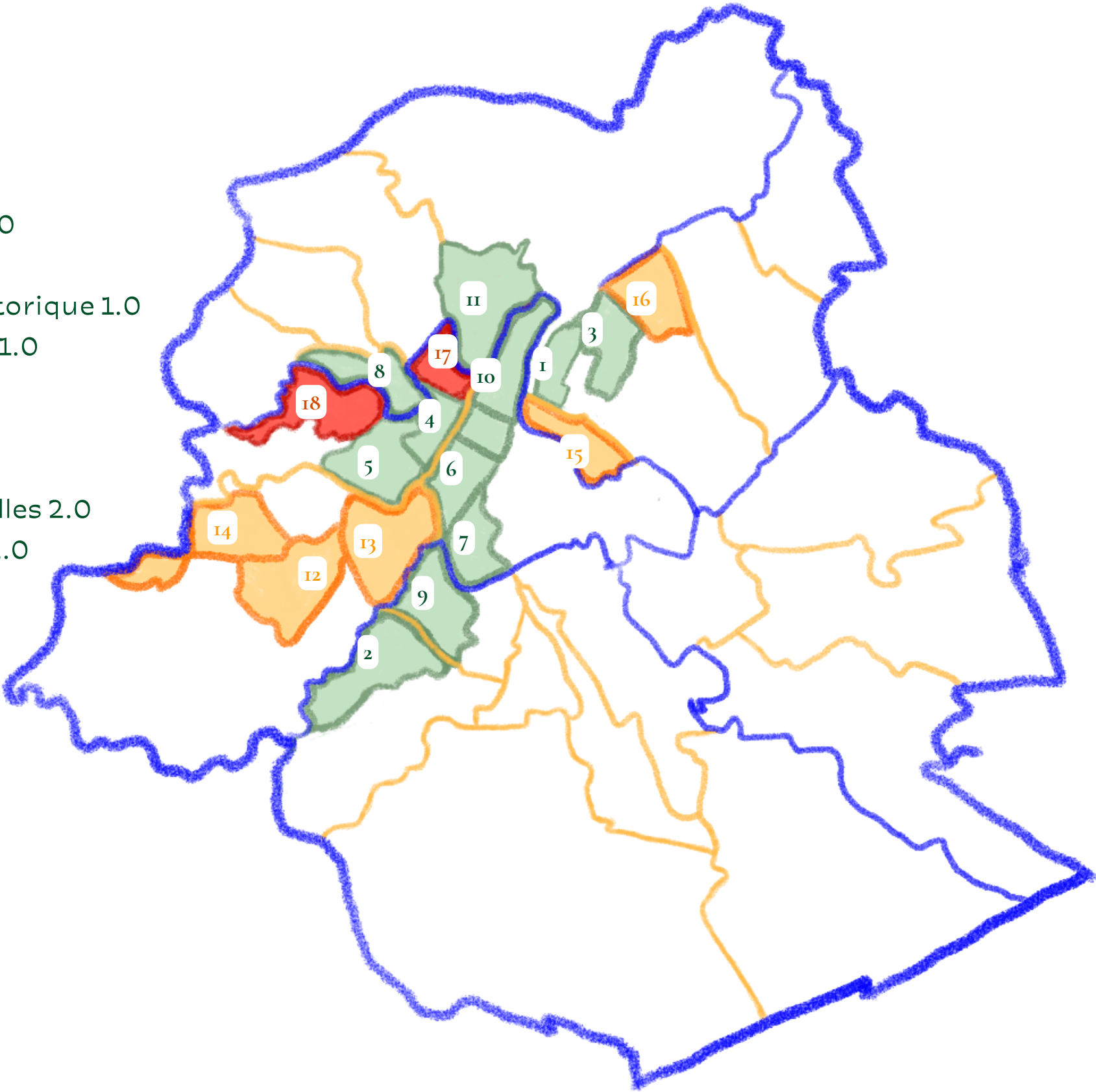
- I Brabant 1.0
- 2 Bas de Forest 1.0
- 3 Colignon 1.0
- 4 Molenbeek Historique 1.0
- 5 Gare de l'Ouest 1.0
- 6 Senne 1.0
- 7 Marolles 1.0
- 8 Koekelberg 2.0
- 9 Bas de Saint-Gilles 2.0
- 10 Quartier Nord 2.0
- 11 Laeken Sud 2.0

## A l'arrêt

- 12 Wayez 1.0
- 13 Cureghem 1.0
- 14 Peterbos 2.0
- 15 Saint-Josse 2.0
- 16 Helmet 2.0

## Pas lancé

- 17 Maritime 2.0
- 18 Karreveld 2.0



# ANALYSE DES FREINS ET DES ÉLÉMENTS FACILITATEURS

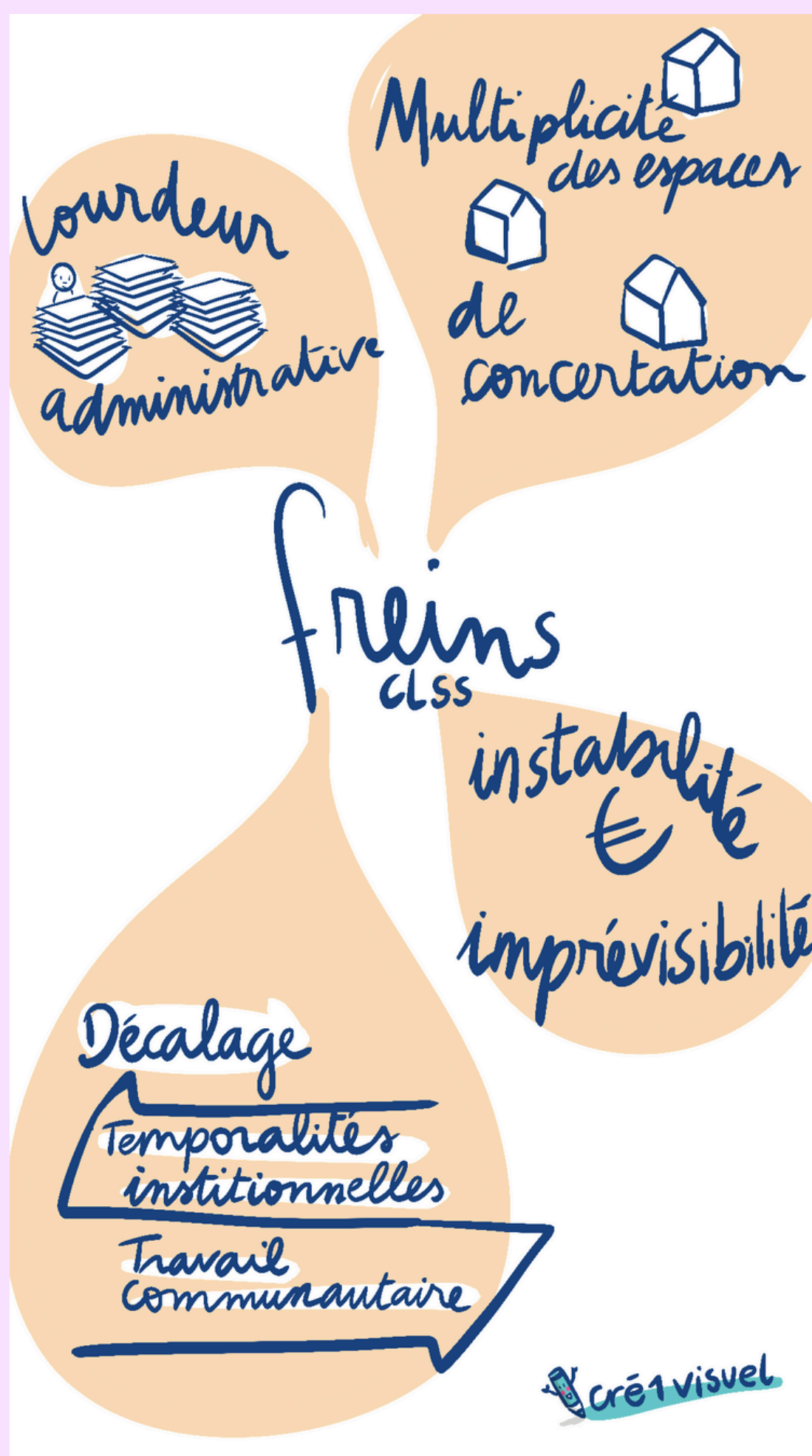
L'analyse a été réalisée par les référent·es de quartier CLSS 1.0 et 2.0.

L'analyse des freins décrit un dispositif parfois freiné par le quotidien du terrain. Une lourdeur administrative qui décourage les petites structures, la multiplication des espaces de concertation, qui épuise les acteurs, et le décalage entre institutions publiques et acteurs de terrain complique l'avancée.

L'instabilité budgétaire, qui empêche de se projeter sereinement.

Mais d'autres éléments ont fortement porté sur la dynamique générale: Un cadre clair, des moyens dédiés, un diagnostic partagé ont offert une base solide.

La diversité des acteurs a enrichi les échanges, tandis que les référent·es ont assuré la cohérence. Enfin, la souplesse du CLSS a permis d'ajuster la démarche aux réalités locales.



# LA PLUS-VALUE ET LES RECOMMANDATIONS DES CLSS

La force du CLSS repose sur son approche intersectorielle, qui rassemble sur un même territoire des acteurs qui, sans ce dispositif, ne se seraient parfois jamais rencontrés : social, santé, logement, écoles, associations, habitants. Ensemble, les acteurs construisent des solutions collectives, financées et portées par plusieurs partenaires.

Les travailleurs CLSS: Référent·es et chargé·es de projets, insufflent une dynamique de décroisement qui relie associatif et institutionnel; social et santé; terrain et CPAS.

Le CLSS place la co-construction au centre : Ecouter le terrain, mutualiser les pratiques, faire émerger des actions qui reflètent réellement la vie du quartier.

Cette logique invite aussi les CPAS à regarder le social sous l'angle de la promotion de la santé, une perspective encore trop rare et pourtant essentielle. Le CLSS offre une méthodologie structurée. On sait où l'on va, pourquoi, et avec qui. Cette clarté rassure et rend le travail plus efficace.

Grâce au Cerapss, les référent·es de quartier ont développé une communauté de pratiques, un espace unique de partage et de réflexion.

## Recommandations :

### Donner au CLSS l'avenir qu'il mérite

Pour que la dynamique continue à produire des effets durables, il faut :

- **Ne pas interrompre des dynamiques** de long terme,
- **Lancer une troisième vague** dans de nouveaux quartiers prioritaires,
- **Renforcer la place de la co-construction** dans les pratiques institutionnelles,
- **Mieux intégrer les CPAS** dans l'évolution du dispositif,
- **Lancer rapidement les 'GT' dans les futurs territoires,**
- **Soutenir la posture d'accompagnement des RQ**
- **Garantir une stabilité financière pluriannuelle**

# LA PLUS-VALUE ET LES RECOMMANDATIONS DES CLSS

Les projets CLSS ont fortement souffert de l'incertitude budgétaire : Stress, départs, arrêts de projets, co-construction affaiblie, actions construites dans l'urgence.

Pour préserver l'efficacité du dispositif, il faut :

- **Assurer des financements pluri-annuels garantis.**
- **Annoncer tôt les décisions de reconduction ou non.**

## EN CONCLUSION

Le CLSS n'est pas un dispositif parmi d'autres : c'est **un levier stratégique, un accélérateur de coopération, un catalyseur de changement.**

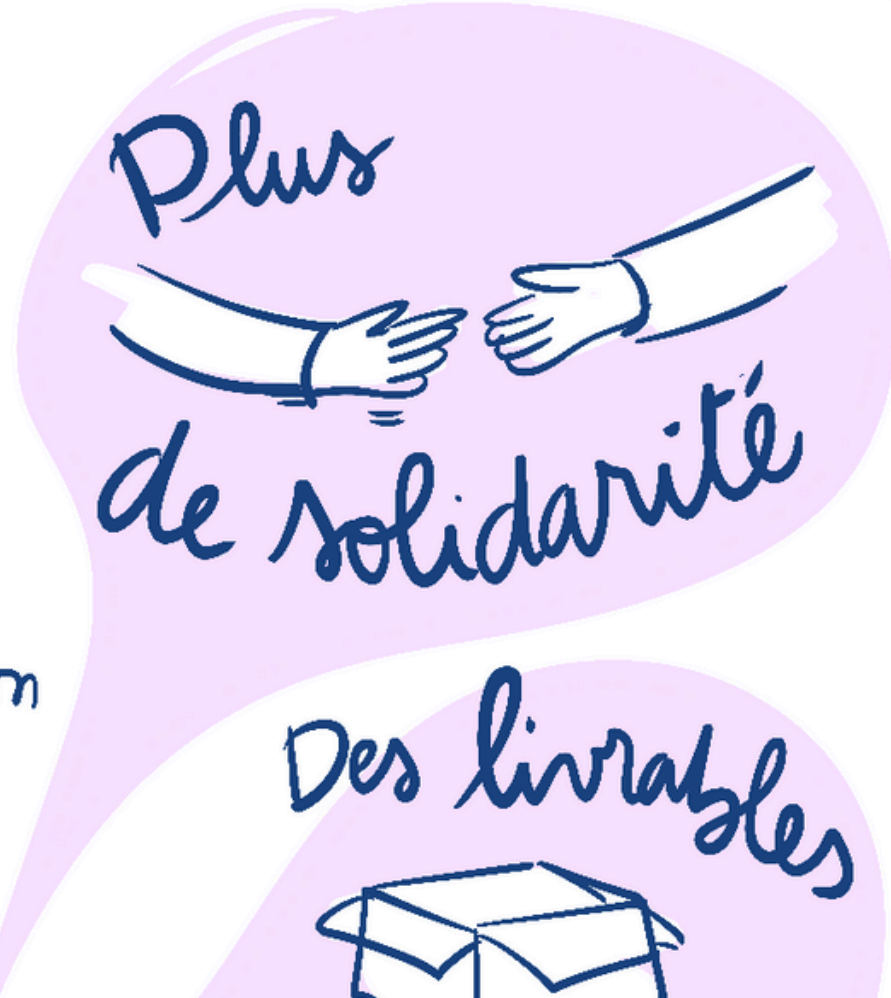
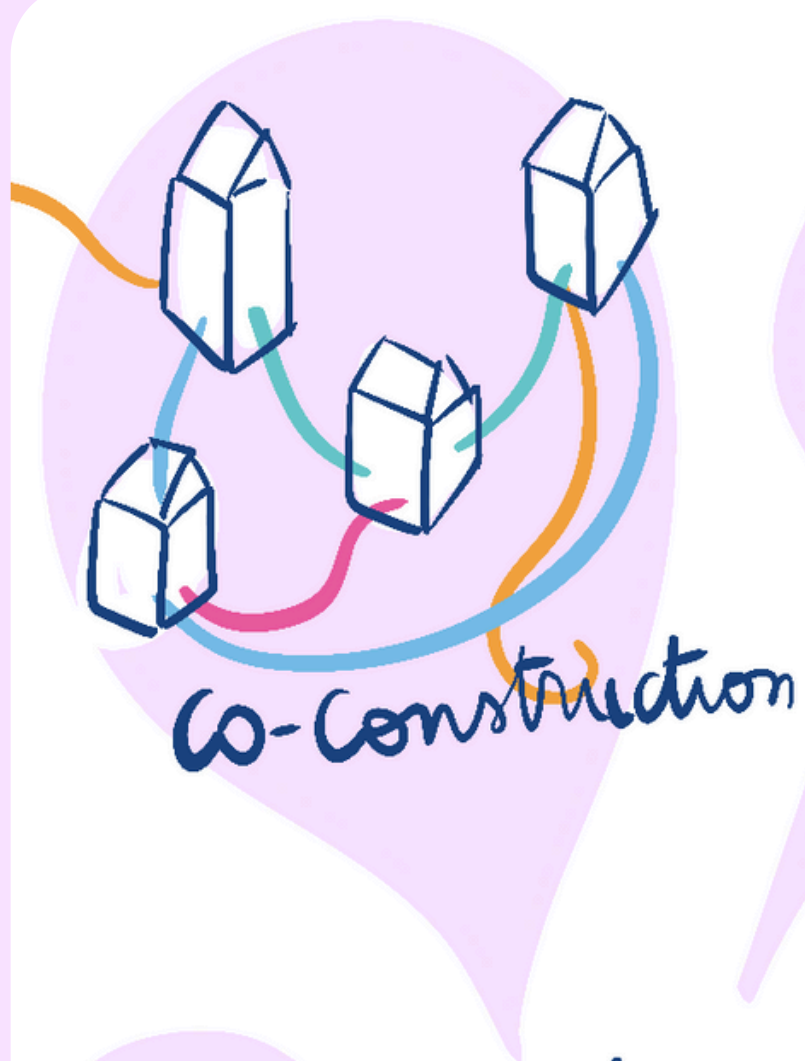
Il a permis aux CPAS et à leurs partenaires de travailler autrement, ensemble, au plus près des habitants.

L'abandonner ou le fragiliser serait un immense retour en arrière.

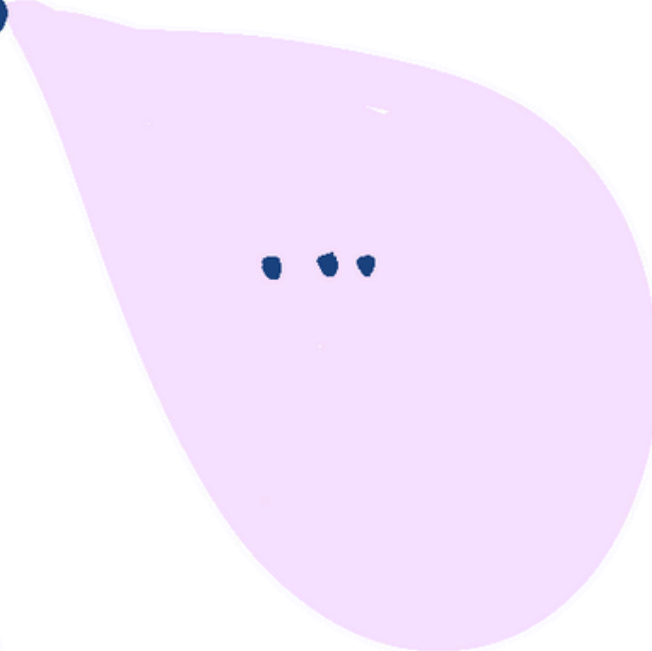
Le renforcer, au contraire, c'est investir dans des quartiers plus solidaires, plus cohérents et plus en santé.

**Le CLSS doit continuer, s'étendre et se stabiliser: Pour les territoires; Pour les acteurs; et Pour les habitants.**





la plus-  
Value  
de CLSS



# 4. 3 PROJETS CLSS DANS 3 QUARTIERS

## PROJET :

EQUIPE MOBILE 'ASSAP'  
ACCOMPAGNEMENT SOCIAL SANTÉ À PROXIMITÉ

## QUARTIER :

BAS DE FOREST - COMMUNE DE FOREST



Tout a commencé lorsque 20 acteurs du Bas de Forest: Ecoles, associations, services communaux, CPAS, habitants, ont réalisé qu'ils partageaient les mêmes constats, les mêmes inquiétudes et surtout la même envie d'agir autrement.

Ensemble, ils ont formé ce qu'ils ont appelé le **consortium 'Social-Santé' du Bas de Forest**, un espace où chacun apportait sa voix, son expertise, ses observations du terrain.

De ces échanges est née une idée : **'Créer une équipe capable d'aller vers les habitants les plus fragilisés'**.

Une équipe qui va à leur rencontre.

C'est ainsi qu'a vu le jour l'équipe mobile 'ASSAP': Accompagnement Social Santé à Proximité.



L'équipe sillonne le Bas de Forest. Elle a poussé les portes, pris le temps d'écouter, d'accompagner physiquement les habitants vers les services adéquats, parfois même lors de leurs premières démarches.

Leur **mission** : Améliorer l'accès aux aides sociales et de santé; prévenir les expulsions; informer sur les droits; et soutenir les familles dans leurs difficultés de logement. Pour garder le cap, un bureau mensuel rassemblant des représentants du quartier suivait l'équipe.

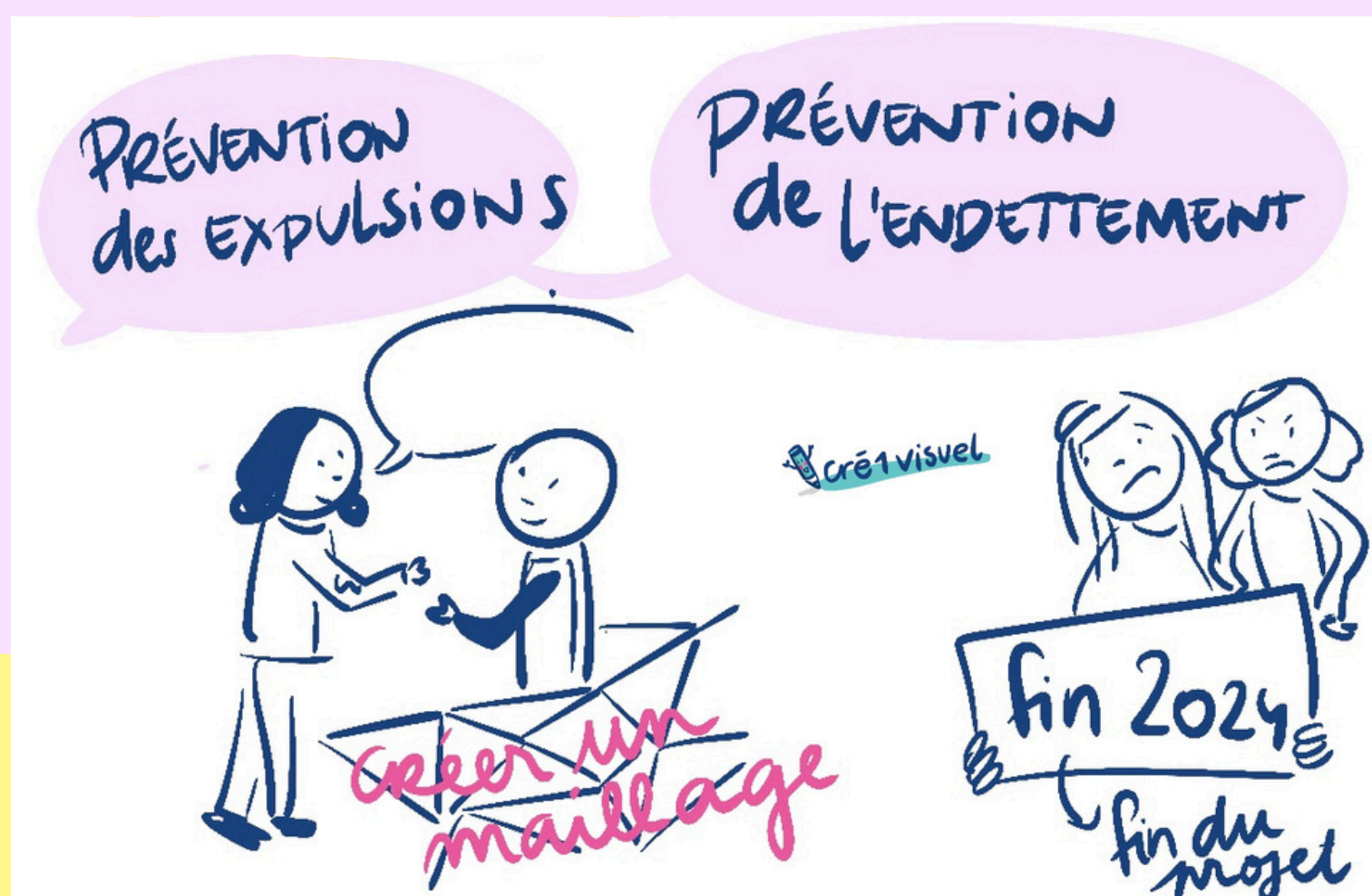
En 2024, l'équipe mobile 'ASSAP' avait déjà accompagné 140 familles, orientées par 34 services différents.

L'incertitude budgétaire pour l'année 2025 a fragilisé tout le projet.

En avril 2025, le bureau a annoncé l'arrêt officiel du projet.

Le consortium 'Social-Santé' du Bas de Forest laisse pourtant une trace : Celle d'une démarche profondément ancrée dans le territoire, qui a montré que lorsqu'on unit les forces, on parvient réellement à rejoindre les habitants les plus éloignés des services.

Une histoire courte, mais marquante.



**Témoignages  
des habitants.**



**Témoignages  
des professionnels**



# PROJET : L'ATELIER LIEU DE LIENS, D'APAISEMENT ET D'EXPÉRIMENTATION

## QUARTIER : MOLENBEEK HISTORIQUE - MOLENBEEK-SAINT-JEAN

Au départ, tout semblait compliqué. D'un côté, 'D'ici et d'Ailleurs', centre de santé mentale réputé mais perçu comme débordé. De l'autre, Le Logement Molenbeekois, grande structure de logement social, souvent perçu comme difficile à approcher.

Le diagnostic CLSS du quartier Molenbeek historique était clair : Services saturés, forte densité de logements sociaux, isolement des familles, et problèmes de santé mentale. Il fallait faire autrement....

Les deux institutions ont alors décidé de créer un lieu commun, pensé comme un espace d'accueil, d'apaisement et d'expérimentation. Un **lieu qui permet de rompre l'isolement et mutualiser les forces**.

En 2025, le modèle porte ses fruits : les ateliers sont co-animés, les équipes se connaissent mieux, la fréquentation est forte.

Les activités vont du soutien à la parentalité au bien-être, en passant par le numérique ou la création artistique.

Autour du projet, un réseau de partenaires s'est formé: CPAS, ONE, Maison Médicale, AJM, VRAC, La Porte Verte; montrant qu'en collaborant, on peut réellement faire autrement.



Pour en savoir plus





## PROJET :

SOYONS SOLIDAIRES, PAS SOLITAIRES

## QUARTIER :

BAS DE SAINT-GILLES - COMMUNE DE SAINT-GILLES

Soyons solidaires  
pas solitaires



   Saint-Gilles, la coordination sociale est déjà bien ancrée, avec pas moins de 11 groupes de travail. C'est au sein du 'GT' Quartier que la problématique de l'isolement des personnes âgées est apparue comme une priorité. De là est n   un projet dédié aux seniors les plus isolés.

**L'objectif**   tait simple : Les trouver, les comprendre et les accompagner.

Pour cela, l'équipe a commencé par identifier les personnes concernées, en s'adaptant à leurs réalités : Mobilité réduite, fracture numérique, besoin d'activités accessibles.

Un questionnaire a été lancé auprès de 200 habitants a révélé que 20 % d'entre eux vivaient réellement l'isolement.

Le projet s'est construit autour de besoins des publics : Rencontres individuelles, activités collectives, et un accompagnement personnalisé vers les services existants, parfois jusqu'à les y conduire.

Tout au long du processus, un enjeu central est resté présent : **créer de la confiance malgré les temporalités institutionnelles et les incertitudes.**

Mais grâce à un objectif partagé entre les acteurs, le projet a pu avancer, tenant ensemble besoins du terrain et coopération entre institutions.

# 5. EVALUATION CLSS, 5 ANS APRÈS

Cinq ans après leur lancement, les CLSS font désormais partie du paysage des politiques publiques bruxelloises. Pensés pour améliorer la coordination entre acteurs sociaux et ceux de la santé, ils ont ouvert la voie à une nouvelle manière de travailler ensemble. Mais qu'a réellement changé ce dispositif ? Que nous dit-il des rapports entre le social et la santé ?

## Un cadre qui pousse au partenariat

Les CLSS ont été conçus pour casser les logiques de travail “en silo”.

**L'idée** : faire se rencontrer des acteurs qui n'ont pas l'habitude de collaborer; partager les expertises; et construire des réponses adaptées aux réalités des quartiers.

Dans la pratique, elle vient bousculer des cultures professionnelles très différentes. Les métiers du social et ceux de la santé n'accordent pas la même place aux diagnostics, aux chiffres, à la temporalité ou au rapport avec le public. Travailler ensemble, c'est donc accepter que ces routines soient questionnées.

Les CLSS montrent aussi que tous les secteurs ne disposent pas des mêmes ressources symboliques. C'est ce que la recherche appelle la sanitisation du social, c'est-à-dire la tendance à lire les problèmes sociaux à travers une grille médicale.

## Quand le social socialise le sanitaire

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, les CLSS ne sont pas des espaces dominés par la santé. Les médecins, par exemple, y participent peu. La plupart des discussions sont portées par des travailleurs sociaux, des coordinateurs et des associations.

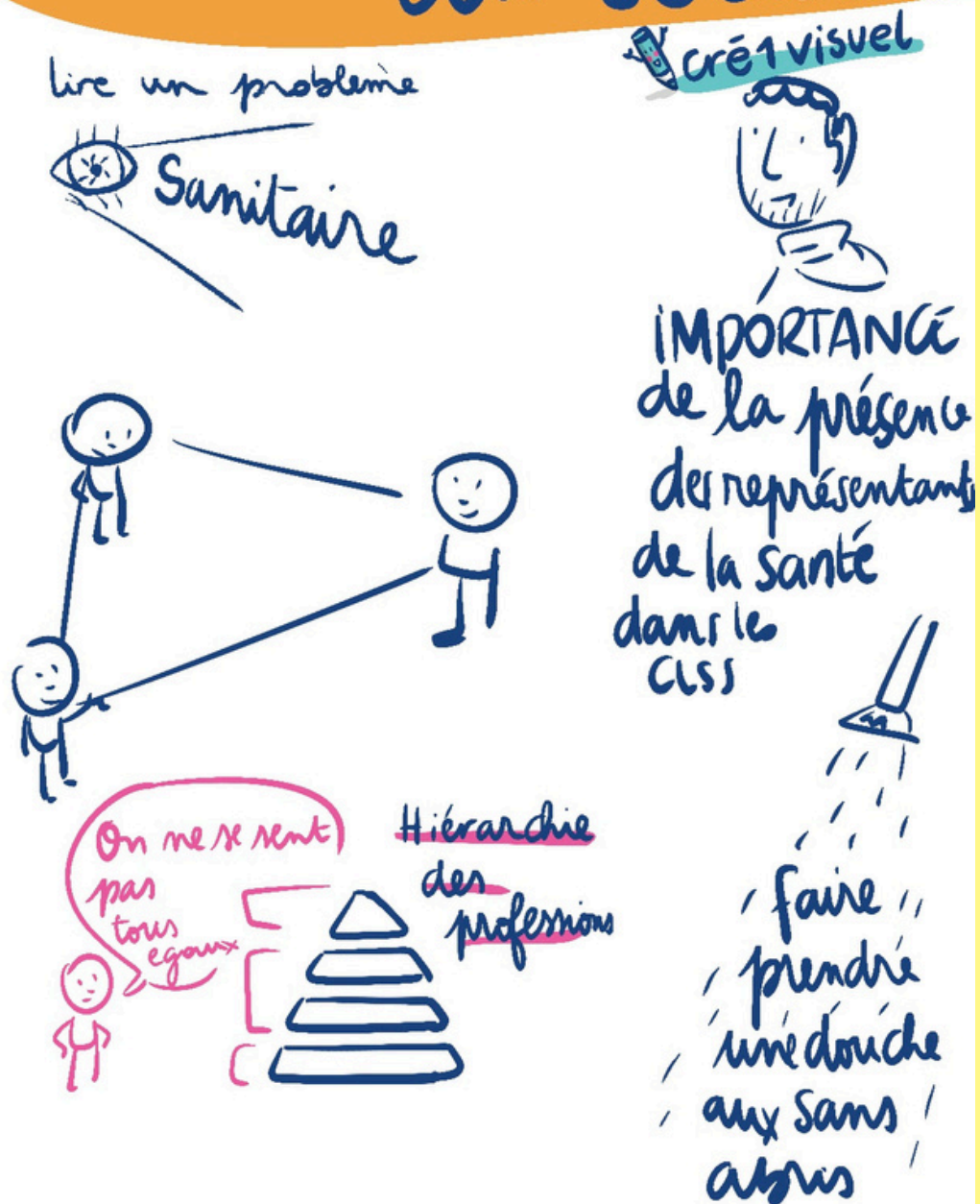
**Résultat** : La logique qui s'impose dans beaucoup de groupes est celle de la promotion de la santé, qui relie les déterminants de santé aux déterminants sociaux : Logement, revenu, éducation, environnement.

Autrement dit; les CLSS montrent une tendance inverse : une socialisation du sanitaire, où le social impose ses cadres, ses priorités, sa vision globale des personnes.

Recherche et présentation réalisées par Damien Boon, Collaborateur scientifique à l'Observatoire du Social et de la Santé – Vivalis. Voir annexe page 62 pour en lire plus.



# Sanitarisation du social



Les CLSS ont permis :

- De créer des **espaces de dialogue durables entre les acteurs locaux** ;
- De **rendre visibles les besoins du territoire** souvent ignorés ;
- De **produire des diagnostics et plans d'action partagés** ;
- De **soutenir des projets concrets** où l'expertise du terrain guide les choix ;
- D'aider certains **quartiers à développer une culture** de collaboration qui n'existait pas auparavant.

## ALORS, CINQ ANS PLUS TARD ?

Les CLSS ont rendus les tensions entre le secteur du social et celui de la santé visibles, discutables et productives.

Ils ont créé un terrain où les identités professionnelles se confrontent et s'enrichissent.

Les CLSS ont permis l'émergence d'un véritable espace de co-construction, où les problèmes sont regardés à la fois comme des enjeux sociaux et de santé.

Recherche et présentation réalisées par Damien Boon, Collaborateur scientifique à l'Observatoire du Social et de la Santé – Vivalis.  
Voir annexe page 62 pour en lire plus.

# Questions - réponses

créer visuel

CPAS  
ville de Bruxelles

3<sup>e</sup> âge  
immigrés

Comment  
les accueillir  
au mieux ?

Et  
le bilinguisme ?

CLSS  
Réseaux  
de partenaires

traducteur

Maison  
de quartier

Oui  
SUR  
CERTAINS  
PROJETS

CLSS → produit  
"biodégradable"

CRISE  
du LOGEMENT

On veut  
un soutien  
pointu !



# 6. ANIMATION THÉÂTRALE – SYNTHÈSE



3-2- 1PRO

cré1visuel

Synthèse des présentations  
par la troupe théâtrale  
CAPTATIO.

Appelez  
le Cabinet!



cré1visuel

# 7. LES ATELIERS

## ATELIER “APPEL À PROJET VS CO-CONSTRUCTION” :

Animé par Marilia Assad De Oliveira, Référente quartier Gare de l'Ouest CLSS 1.0 – Molenbeek-Saint-Jean et Imen Touali, Référente quartier Koekelberg CLSS 2.0 – Koekelberg.

### Méthodologie utilisée :

L'atelier s'est basé sur le format world café avec deux groupes.

### L'appel à projet

#### Les points positifs :

L'apport d'un financement identifié, un cadre structurant, la possibilité de lancer de nouvelles initiatives et une meilleure visibilité institutionnelle.

#### Les défis :

Un cadre souvent perçu comme vertical et rigide, un manque de continuité, la mise en concurrence entre associations, ainsi que des collaborations parfois artificielles.

### La co-construction :

#### Les points positifs :

Un processus horizontal fondé sur l'écoute, l'intelligence collective et l'innovation, un renforcement des réseaux locaux et une meilleure adéquation aux besoins du terrain.

#### Les défis :

Un processus plus long, exigeant en coordination, nécessitant une culture collaborative solide et pouvant parfois prendre la forme d'une collaboration de façade si les conditions ne sont pas réunies.

## Recommandations :

La piste privilégiée consiste à combiner les deux approches, en intégrant de réels moments de co-construction dans les dispositifs d'appel à projet afin de garantir des projets plus pertinents, mieux ancrés localement et plus durables.

## Conclusion:

Les participants soulignent que les appels à projets apportent un cadre et des moyens essentiels mais peuvent entraver la coopération, tandis que la co-construction stimule l'innovation et la cohérence territoriale tout en demandant davantage de temps et d'ancrage collectif.



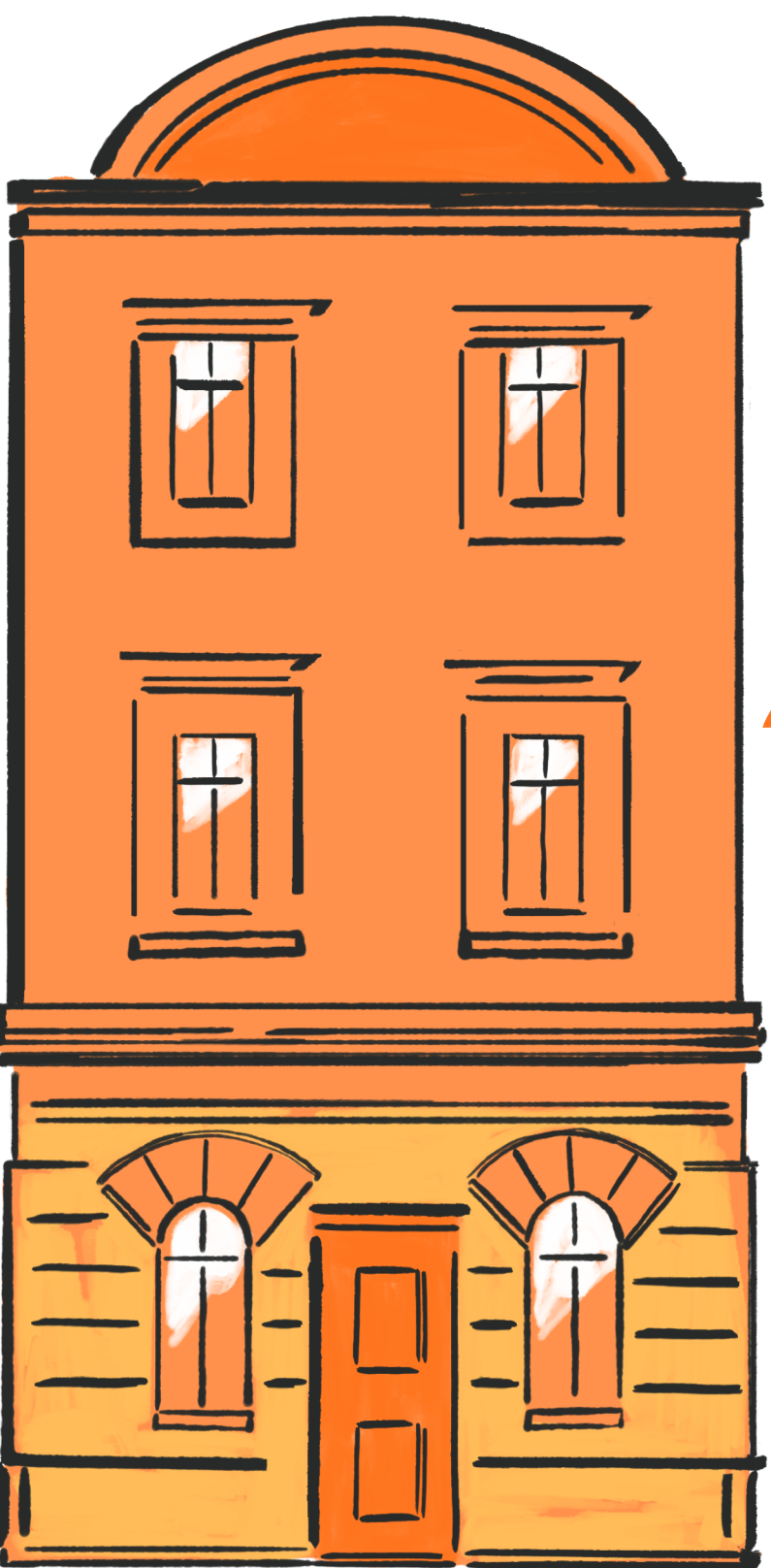
# LES ATELIERS

## ATELIER “INTERSECTORIALITÉ” :

Animé par Jessi Anay, référente quartier Bas de Forest CLSS 1.0 – Forest et Alexane Cece, référente quartier Marolles CLSS 1.0 – Ville de Bruxelles.

### Méthodologie utilisée :

L’atelier s’est basé sur un jeu de société ‘Serious gaming’, qui représentaient les 4 étapes de la vie d’un groupe de travail intersectoriel. A partir de la création d’un groupe de travail, l’établissement du diagnostic et du plan d’action, la co-construction des projets, jusqu’à la viabilité et la pérennité du groupe de travail.



### Déroulé :

Les participants ont pu se mettre dans la peau des référents quartier CLSS afin de simuler la gestion d'un groupe de travail en réunissant divers acteurs de quartier: Acteurs sociaux et de santé, services communaux, CPAS, commerces, acteurs privés et habitants.

Ainsi les participants ont pu mettre à l'épreuve leurs **capacités de médiation** afin de mener à bien les concertations entre les acteurs.

### Conclusion :

L' historique du quartier, les besoins des différents acteurs, les cultures de travail, les identités propres déterminent les rapports de pouvoir au sein du groupe et l' issu des décisions.



# LES ATELIERS

## ATELIER “COLLABORATION ENTRE LE SECTEUR PUBLIC ET LE SECTEUR ASSOCIATIF” :

Animé par Arthur Lecocq, référent quartier Bas de Saint-Gilles CLSS 2.0 – Saint-Gilles et Myrrhine Kulcsar, coordinatrice de l'action sociale au CPAS de Saint-Gilles.

### Méthodologie utilisée :

Un tour de table où les participants sont invités à se présenter et qualifier d'un mot la collaboration entre les secteurs public et associatif. Ensuite, il a été demandé aux participants de lister les avantages de faire collaborer le secteur du public et le secteur associatif.

### **Constat :**

Il existe un consensus sur le fait que cette collaboration est enrichissante et indispensable ; elle ne peut toutefois exister sans confiance et entraîne parfois des incompréhensions pouvant la rendre impossible. Cette relation de travail entre les secteurs publics et associatifs reste toujours améliorable.

## Les avantages de la collaboration entre le secteur public et privé :

### **Secteur associatif :**

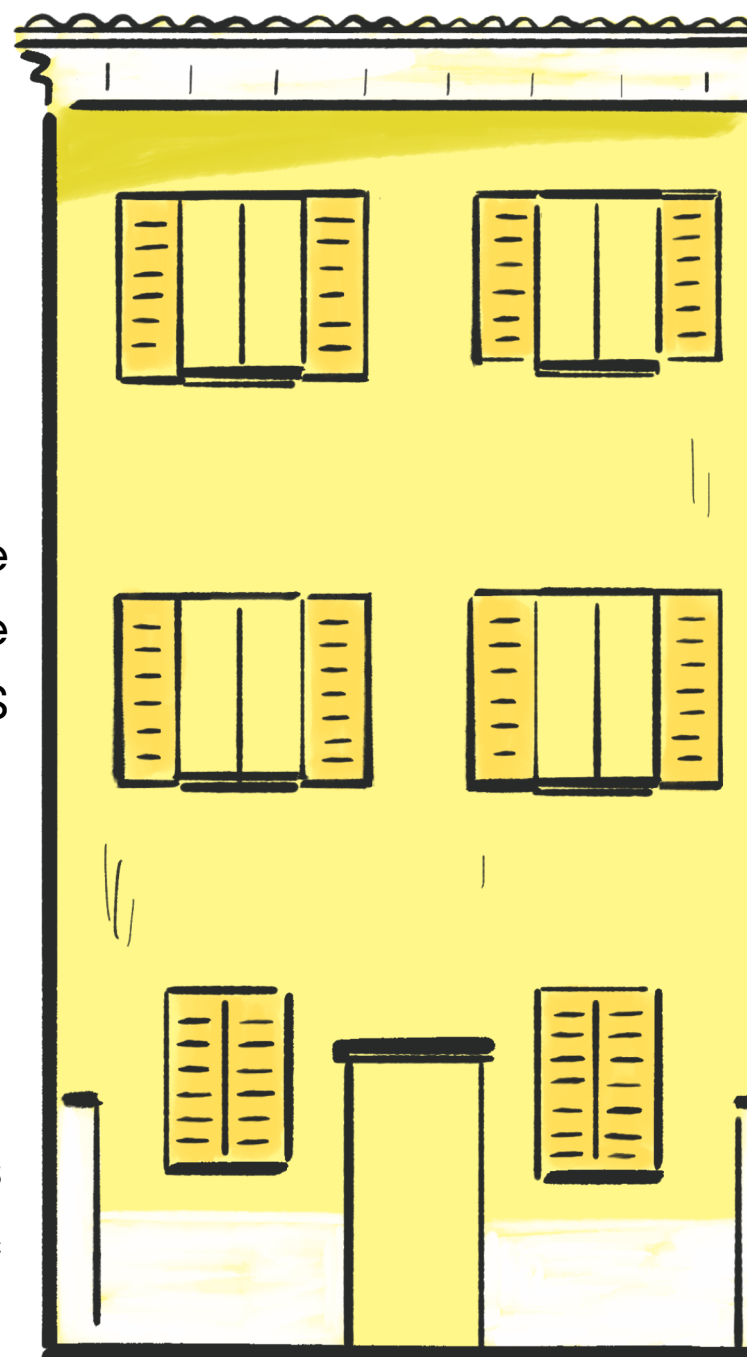
Les ASBL apportent une vision que le secteur public n'a pas forcément. Grâce à leur proximité avec le terrain, elles sont plus attentives au bas-seuil (même si le CPAS organise aussi des maraudes) et peuvent transmettre aux pouvoirs publics des pratiques concrètes utiles pour certains publics.

L'implantation locale du secteur associatif permet d'avoir un regard plus informé sur des territoires plus restreints et de disposer de leviers d'actions locaux.

### **Secteur public :**

Le secteur public apporte une certaine stabilité. La collaboration avec le secteur public est gage de confiance. Les structures publiques sont perçues comme plus légitimes et sont de ce fait des partenaires clés dans le développement des projets et missions.

Le cadre plus rigide et réglementé du secteur public peut faciliter l'harmonisation des pratiques de travail entre les ASBL. Les institutions publiques sont des structures adaptées à porter la coordination.



## Les éléments facilitateurs et points d'attention, pour de meilleures collaborations entre les 2 secteurs :

### **Les éléments facilitateurs :**

Tout d'abord, il est primordial de partir de l'existant, soit d'un diagnostic, soit de constats partagés ou de besoins communs. Il est recommandé de commencer petit, et de prendre le temps pour se connaître, puis construire le réseau. Cela permet de travailler la confiance mutuelle, avec une attention particulière et à sortir d'une logique de concurrence.

Pour développer les collaborations, il faut s'appuyer sur des personnes clés, avec une certaine expérience du territoire et du réseau. Les interventions soulignent, qu'une fois cette base formée, il est important de se rencontrer et de travailler ensemble. Les coordinations sociales semblent être l'espace idéal pour cela, elles font l'interface entre les CPAS et les ASBL mais aussi entre le CPAS, les ASBL et la commune. Mettre en place des relations privilégiées avec la commune permet de faciliter les collaborations et les échanges d'informations.

Tout est une question de confiance, et pour la construire il faut s'autoriser à participer à ces moments de rencontres. Une certaine souplesse est attendue de la part des services publics dans leur relation aux ASBL.

Pour finir, les moments conviviaux et festifs ne sont pas à négliger dans la fabrique de cette collaboration. Ce sont des moments où les liens se forment et permettent de souder des collectifs dont les membres sont issus de structures différentes.

### **Les points d'attention :**

Les freins à prendre en considération pour une meilleure collaboration entre le secteur public et associatif : Le manque de temps (par exemple impliquer davantage les assistant·es sociaux·les).

Les représentants des administrations devraient valoriser la participation aux moments de concertation et d'échange. La hiérarchie doit être convaincue de l'utilité de ces espaces où se nouent des relations qui aboutiront peut-être à des collaborations. Il faut faire attention à ne pas insuffler une vision politique qui pourrait provoquer la méfiance de certains partenaires et entraver les dynamiques de collaboration. C'est le risque que certaines actions ou décisions soient influencées par des logiques partisans, ce qui peut créer des divisions et finalement freiner les collaborations.

Un des derniers freins identifiés est celui du temps long qu'il faut pour construire des collaborations. Un temps long dont on manque, en particulier dans des contextes d'incertitude comme le nôtre où les budgets des projets ne sont pas garantis au-delà de l'année civile voire du trimestre.

## ATELIER “COLLABORATION ENTRE LE SECTEUR DU SOCIAL ET DE LA SANTÉ” :

Animé par Arthur Boudoux, référent quartier Nord CLSS 2.0 - Ville de Bruxelles et Simone Mbom, référente quartier Colignon CLSS 1.0 - Schaerbeek.

### Méthodologie utilisée :

Présentation de 2 projets : Le GT isolement à Bruxelles et La ruche à Schaerbeek. Brainstorming sur la question suivante : “Comment faire collaborer le secteur du Social et celui de la Santé ?”.

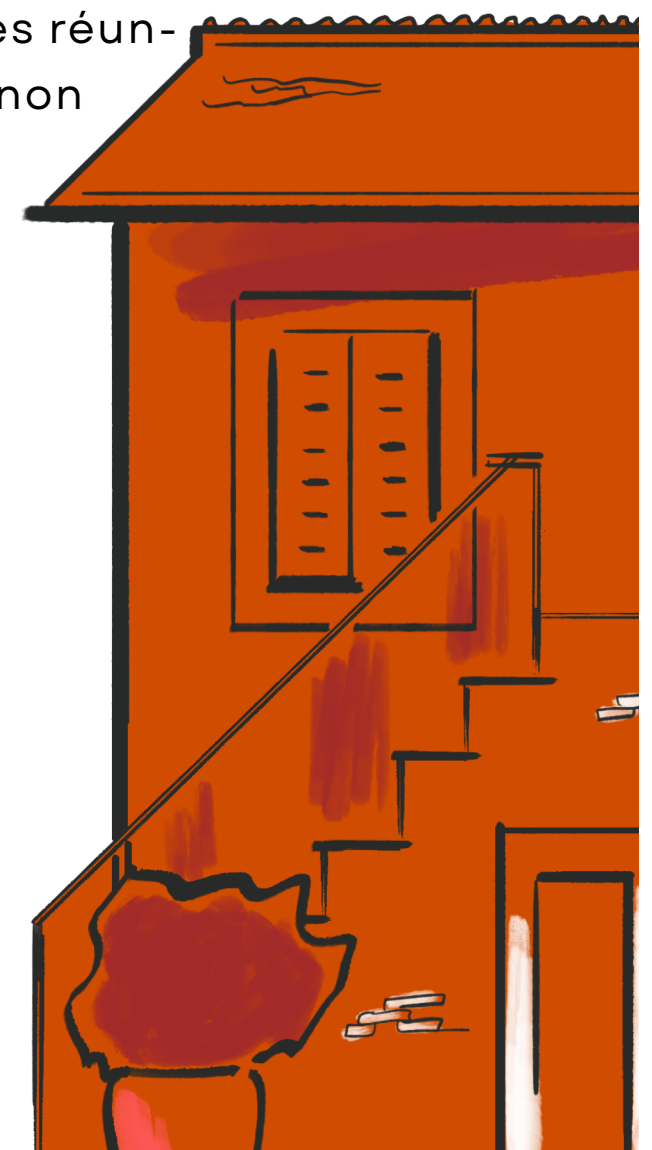
Identifier et réfléchir aux constats, forces, points d’attention et recommandations concernant le lien entre le secteur du social et celui de la santé dans le cadre des CLSS. Comment faire collaborer ces deux principes au mieux ?

### Les points d’attention :

La collaboration reste un défi, car les acteurs sociaux ont parfois du mal à se sentir légitimes face à un secteur fortement sanitarisé. Les procédures très structurées du monde médical, comme celles des mutuelles ou de l’Inami, pèsent aussi sur le travail social. Dans une société individualiste, il devient difficile de développer des démarches communautaires, d’autant que les problèmes de santé concernent d’abord l’individu.

Mobiliser le monde médical autour d’une réflexion commune est complexe, d’autant que les deux secteurs parlent un langage différent. Il est crucial d’identifier les bons opérateurs, comme la petite enfance, qui ont parfois été oubliés ou mal intégrés dans les dispositifs.

La saturation de la première ligne en santé et santé mentale reporte une partie de la charge sur le social, qui n’est pas formé pour tout absorber. Enfin, la différence de financement rend difficile l’implication du secteur médical dans des réunions longues et non rémunérées.



## Les forces de la collaboration :

Les réunions entre les médecins et le CPAS ont permis de mieux se comprendre, d'approcher le secteur de la santé et de favoriser le dialogue ainsi que les espaces de concertation.

Les Centres Social Santé Intégrés ont facilité la prise en charge des publics, offrant un accès à des services méconnus jusque-là. La valorisation d'autres portes d'entrée, comme le Plan de Cohésion Sociale, a permis de travailler sur des thématiques variées: Balades, alimentation, sport. Ces thématiques ont permis de créer du lien, de développer le réseau et partager des connaissances; tout en abordant des enjeux comme la santé mentale. Cette approche rend l'accompagnement plus accessible que de passer par une structure strictement étiquetée « santé mentale ». Elle rejoint la définition globale de la santé de l'OMS, qui intègre pleinement les dimensions sociales.

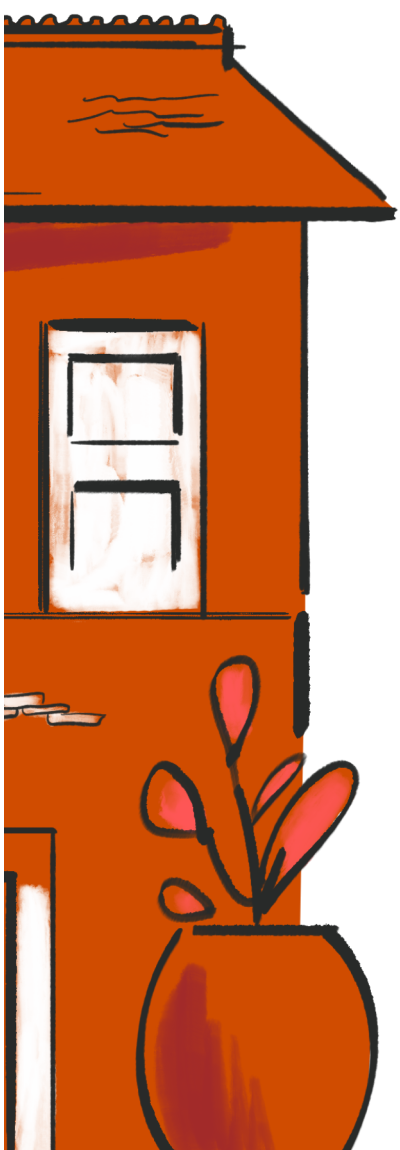
## Recommandations :

Les recommandations insistent sur la nécessité de travailler la santé de manière transversale avec toutes les autres politiques et compétences, tout en renforçant la solidarité par la création de lieux accessibles, sûrs et neutres, et en pratiquant l'«Outreach», pour aller directement vers les publics.

Le secteur de la santé et du social pourraient organiser des intervisions, afin de partager des méthodes, débloquer des situations et assurer un suivi continu. Il est également essentiel de préserver les rencontres pour développer le lien, avoir des équipes mobiles pour les logements privés, et prévoir un soutien psychologique pour les professionnel·les intervenant à domicile.

Le secteur de l'aide à domicile devrait être intégré au PSSI, et des bâtiments dédiés identifiés dans les quartiers pour développer les Centres Social-Santé Intégrés (CSSI).

Enfin, la santé doit se greffer sur des actions sociales, devenant ainsi une véritable porte d'entrée pour les publics.





# LES ATELIERS

## ATELIER “GOUVERNANCE” :

Animé par François Tricot, coordinateur CLSS 1.0 et 2.0 – Ville de Bruxelles et Bruno Vankelegom, directeur de l’ASBL Cerapss, qui remplaçait Liliane Uwamahoro, référente de quartier Molenbeek historique CLSS 1.0 – Molenbeek-Saint-Jean

### Méthodologie utilisée :

Présenter et questionner le modèle de gouvernance CLSS, proposé par le pouvoir subsidiant, et faire émerger une compréhension partagée du modèle proposé et dégager des axes d’amélioration.

## Thèmes émergents :

L’atelier a réuni différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre et la gouvernance des CLSS. Les échanges ont permis de faire émerger trois grandes thématiques centrales :

**1. Le déséquilibre entre les CPAS et le secteur associatif**

**2. La tension entre contrôle et accompagnement**

**3. La complexité du cadre CLSS**

## Le déséquilibre entre le CPAS et le secteur associatif

### **Constats :**

Un déséquilibre marqué dans le rapport de force entre les CPAS et les associations. Un “choc des cultures” entre les deux logiques institutionnelles.

### **Les propositions :**

Il est essentiel de pérenniser les financements, afin de réduire la dépendance et les incertitudes.

La gouvernance des CLSS doit être libérée de toute domination institutionnelle. Et développer davantage de projets CPAS-CoCoM et associatif-CoCoM pour rééquilibrer les dynamiques partenariales.



## **Le contrôle vs l'accompagnement :**

### **Constats :**

Les participant·es ont salué le soutien important apporté par la CoCoM, mais un sentiment de contrôle exercé par les CPAS a été perçu par les associations. Le système d'appels à projets soulève également des questions sur d'éventuels conflits d'intérêts, et certaines décisions du CAS et des CPAS sont perçues comme étant arbitraires et pas assez transparentes.

### **Les propositions :**

Pour y remédier, il est recommandé de renforcer le suivi et le contrôle des projets par la CoCoM, afin d'assurer plus de neutralité, de rendre les processus internes des CPAS plus transparents et fluides, et d'harmoniser les cadres de gouvernance et de contrôle entre les différents CPAS impliqués.

Il serait aussi utile de développer des outils d'évaluation communs pour tous les CLSS; de clarifier l'enveloppe de financement des CPAS; et de renforcer les dynamiques de co-construction pour améliorer la transparence et réduire les tensions.

## **La complexité du cadre CLSS :**

### **Constats :**

Le cadre défini autour des CLSS reste perçu comme un peu flou, et le dispositif est jugé très intense avec un rythme soutenu, parfois qualifié « d'usine à gaz ». Cette situation crée une tension entre le besoin de facilitation et un cadre jugé trop rigide par les institutions publiques.

### **Les propositions :**

Pour y remédier, il est proposé de repositionner les Référents Quartier comme experts de proximité, de redéfinir le rôle des coordinateurs CLSS, afin de renforcer la cohérence du dispositif, et d'améliorer l'articulation entre CPAS, quartiers, bassins et Région.

## **Recommandations et conclusion :**

Il est recommandé de réaliser un état des lieux complet de la gouvernance des CLSS, impliquant l'ensemble des parties prenantes : CPAS, associations, CoCoM, coordinateurs CLSS et Référents Quartier. Cet état des lieux permettra d'identifier les leviers d'harmonisation et de clarification afin de renforcer une gouvernance plus transparente, équilibrée et co-construite.

# LES ATELIERS

## ATELIER “RÔLE DU RÉFÉRENT DE QUARTIER” :

Animé par Muyandi Wameso, référente quartier Laeken Sud CLSS 2.0 – Ville de Bruxelles et Narjiss Rachiq, référente quartier Brabany CLSS 1.0 – Schaerbeek.

### Méthodologie utilisée :

L'atelier a été basé sur un jeu de rôle, où les 8 participants avaient pour objectif de déterminer les tâches d'un Référent de Quartier, ainsi que les compétences qui en découlent.

### Images :

Métaphores associées au référent de quartier, restituée par les participants : Le RQ est associé à un faiseur de lien, connaisseur, un visage, une expertise, une personne ressource ou plusieurs personnes. Un.e référent.e est un facilitateur et une charge mentale.

### Tâches :

Les compétences associées aux référents de quartier par les participants :

Garantir une méthodologie de travail et une gestion de projet en intelligence collective; Faire du ‘Bottum-up’; connaître le quartier; garantir la transparence; traduire les problèmes en solution; comprendre les expertises et les réalisations de terrain.

### Compétences :

Les compétences à mobiliser par le référent de quartier en tant que facilitateur et communicateur :

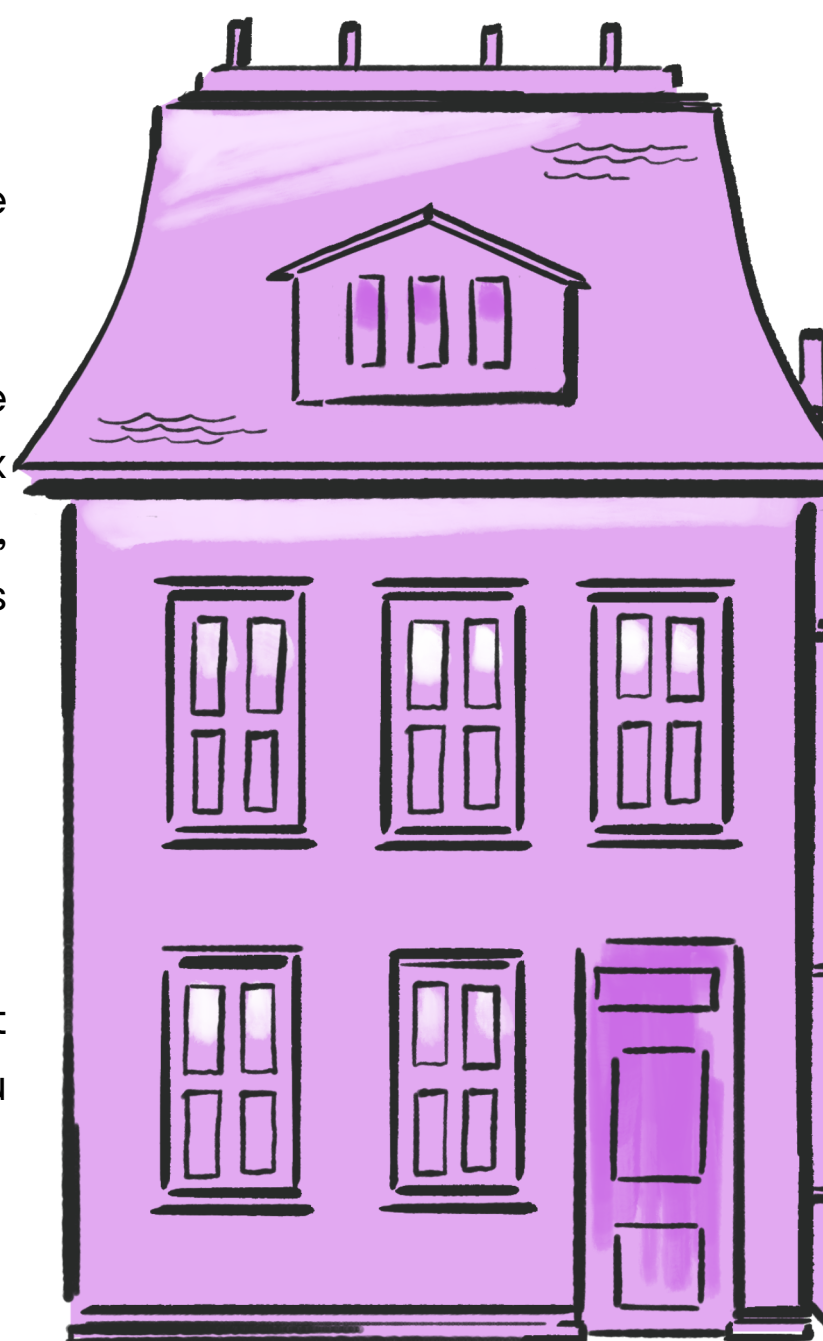
**1.Facilitateur et communicateur** : Intermédiaire entre les CPAS/COCOM d’une part et les travailleurs sociaux / ASBL d’autre part (c’est un bureau de plaintes, expert du CPAS et de ses mécanismes, favorise les échanges et la formation continue)

**2.Médiateur**

**3.Coordonateur,**

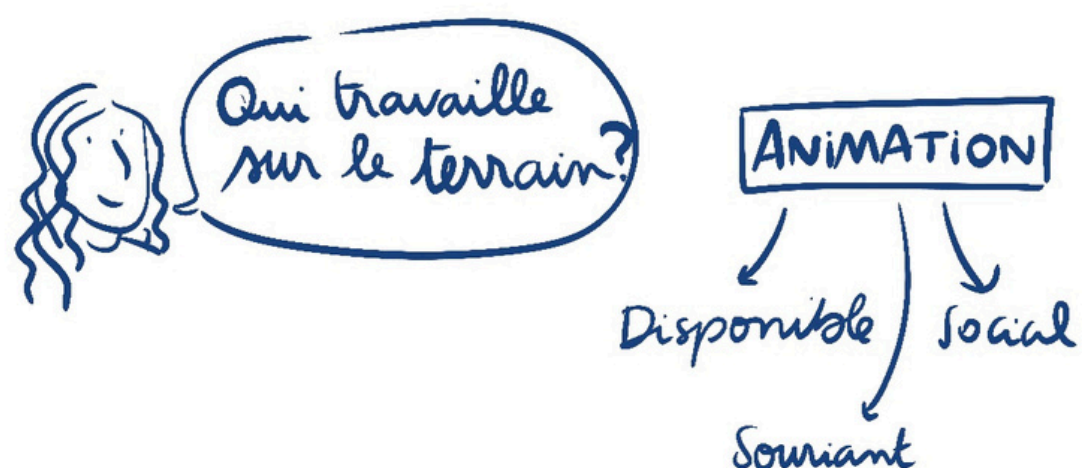
### Conclusion :

Les rôles du référent quartier varient beaucoup et dépendent du contexte, de la dynamique impulsée, du territoire, du public, de l’institution (CPAS)





# 8. ANIMATION THÉÂTRALE – CONCLUSION



Synthèse des ateliers par la troupe théâtrale CAPTATIO.

3-2-1pro

~~AGRESSIVITE~~  
~~STÉRÉOTYPE~~  
~~PRESSE~~

Enfin...  
tu vas animer  
un atelier  
groupe de femmes  
enceintes

...

Je me sens  
opprimée!

Nous aurons  
on a des  
moyens!

Sous  
influence  
de crack

UN CPAS  
n'est pas l'autre

C'était  
la grève  
et vous  
étiez-là

MERCI



# 9. RETOUR EN IMAGES

©VICTOIRE 2RIVOYRE

## La plénière

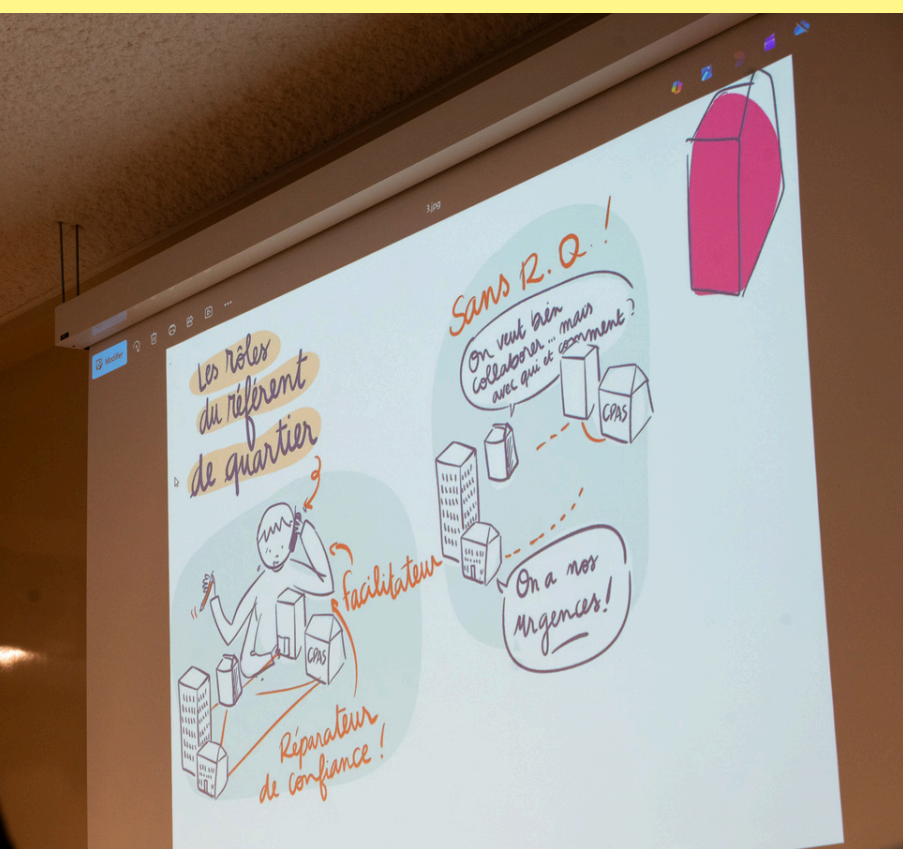








# Les présentations







©VICTOIRE 2RIVOYRE



Ministre de la Région  
de Bruxelles -  
Capitale, chargé de  
la Santé et de  
l'Action Sociale  
Alain Maron





# La troupe théâtrale CAPTATIO

©VICTOIRE 2RIVOYRE







# Temps d'échange

©VICTOIRE 2RIVOYRE





# Les ateliers



©VICTOIRE 2RIVOYRE





# Les ateliers



©VICTOIRE 2RIVOYRE





# VIDÉO SUR LES CLSS

**Scannez le QR code pour plus  
d'informations sur les CLSS**

Ou en cliquant sur ce lien  
(pour la version digitale) :

<https://youtube.com/shorts/pTFPuIFSKoU>



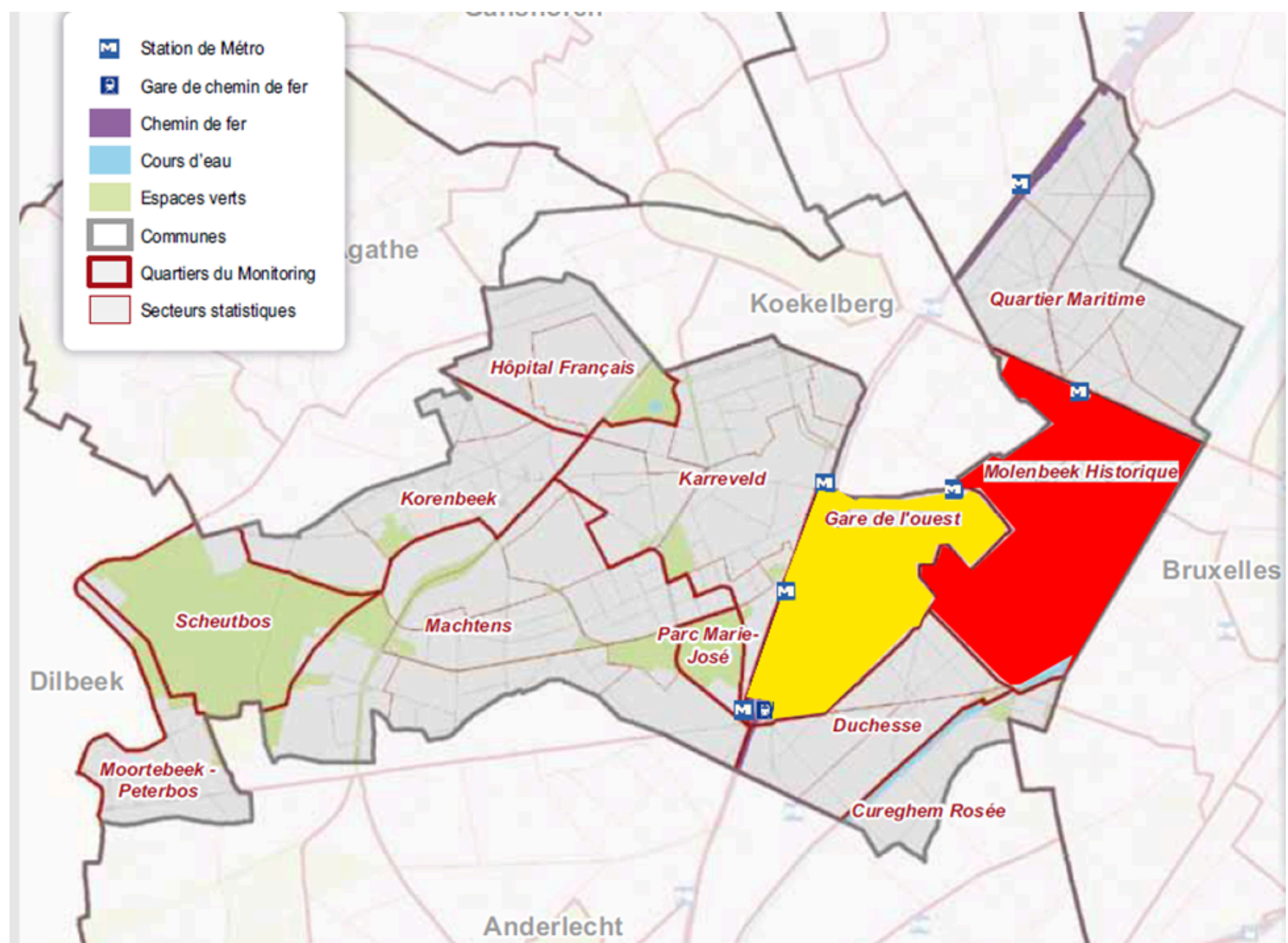
# ANNEXES





# MOLENBEEK

CLSS 1.0 Gare de l'Ouest  
et CLSS 2.0 Molenbeek Historique



Scanner pour en savoir plus



# BRUXELLES-VILLE

## CLSS 2.0 Quartier Nord



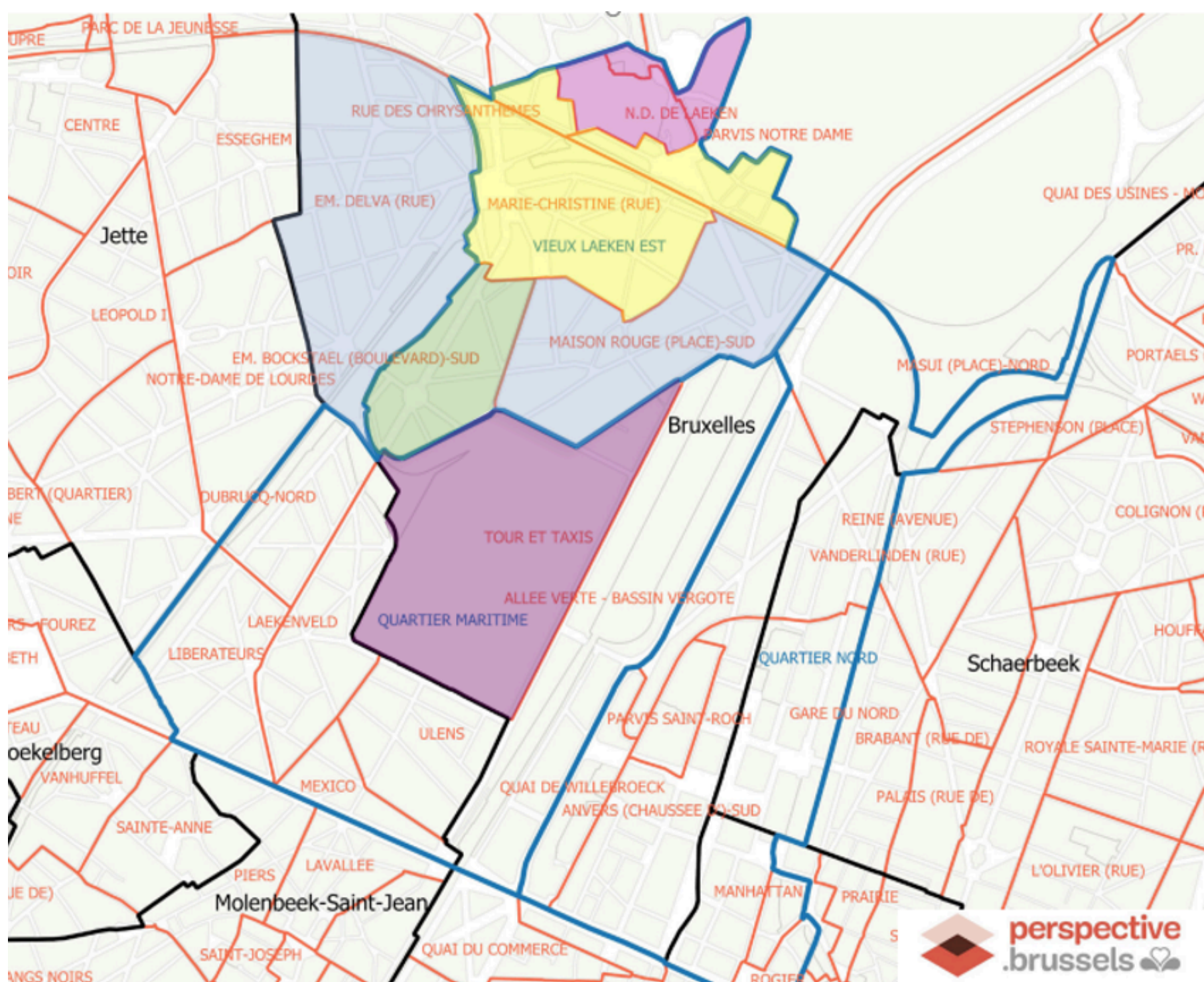
Pour en savoir plus





# BRUXELLES-VILLE

## CLSS 2.0 Laeken Sud



Pour en savoir plus

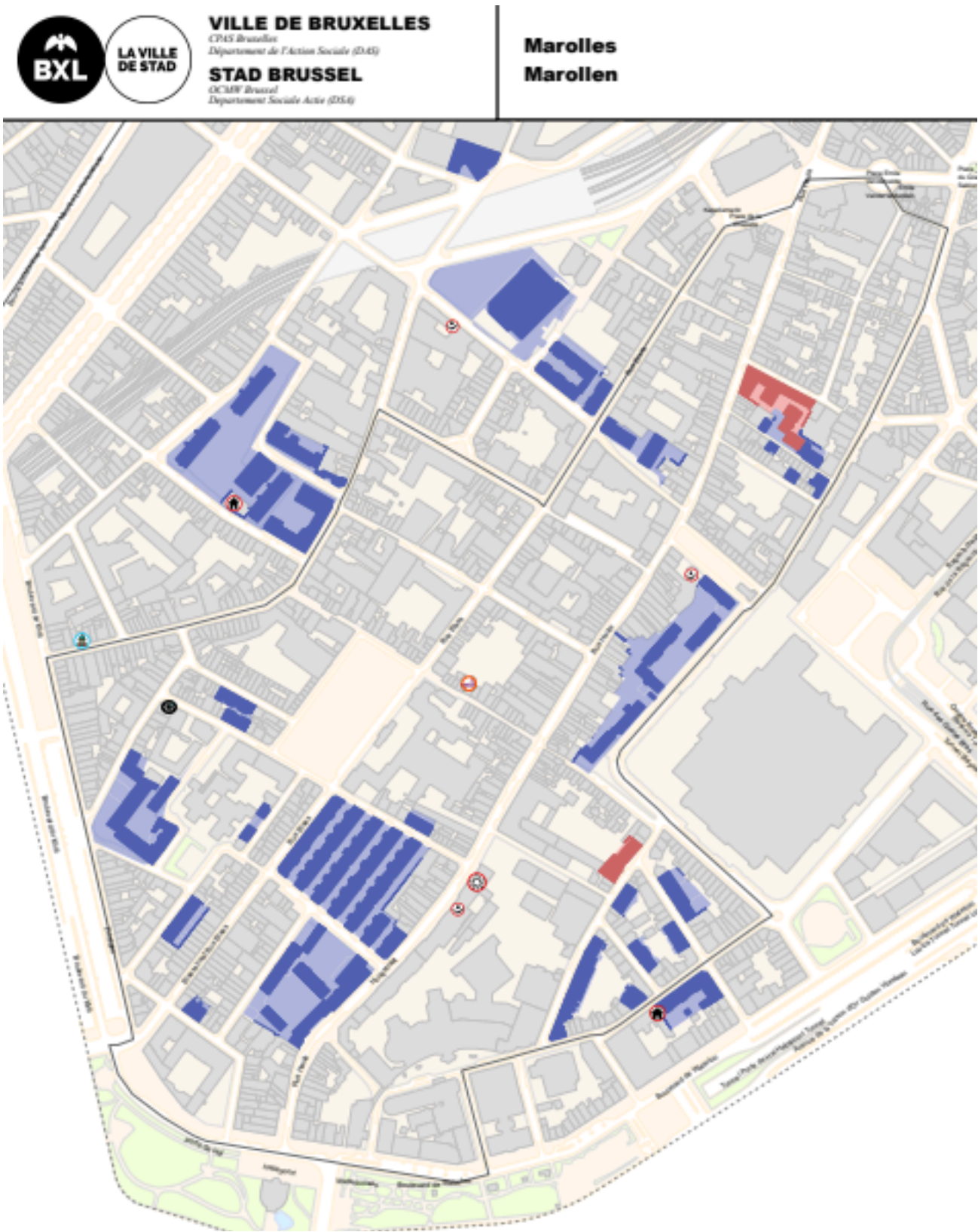






# BRUXELLES-VILLE

## CLSS 1.0 Marolles



Pour en savoir plus





# BRUXELLES-VILLE

## CLSS 1.0 Senne



Pour en savoir plus

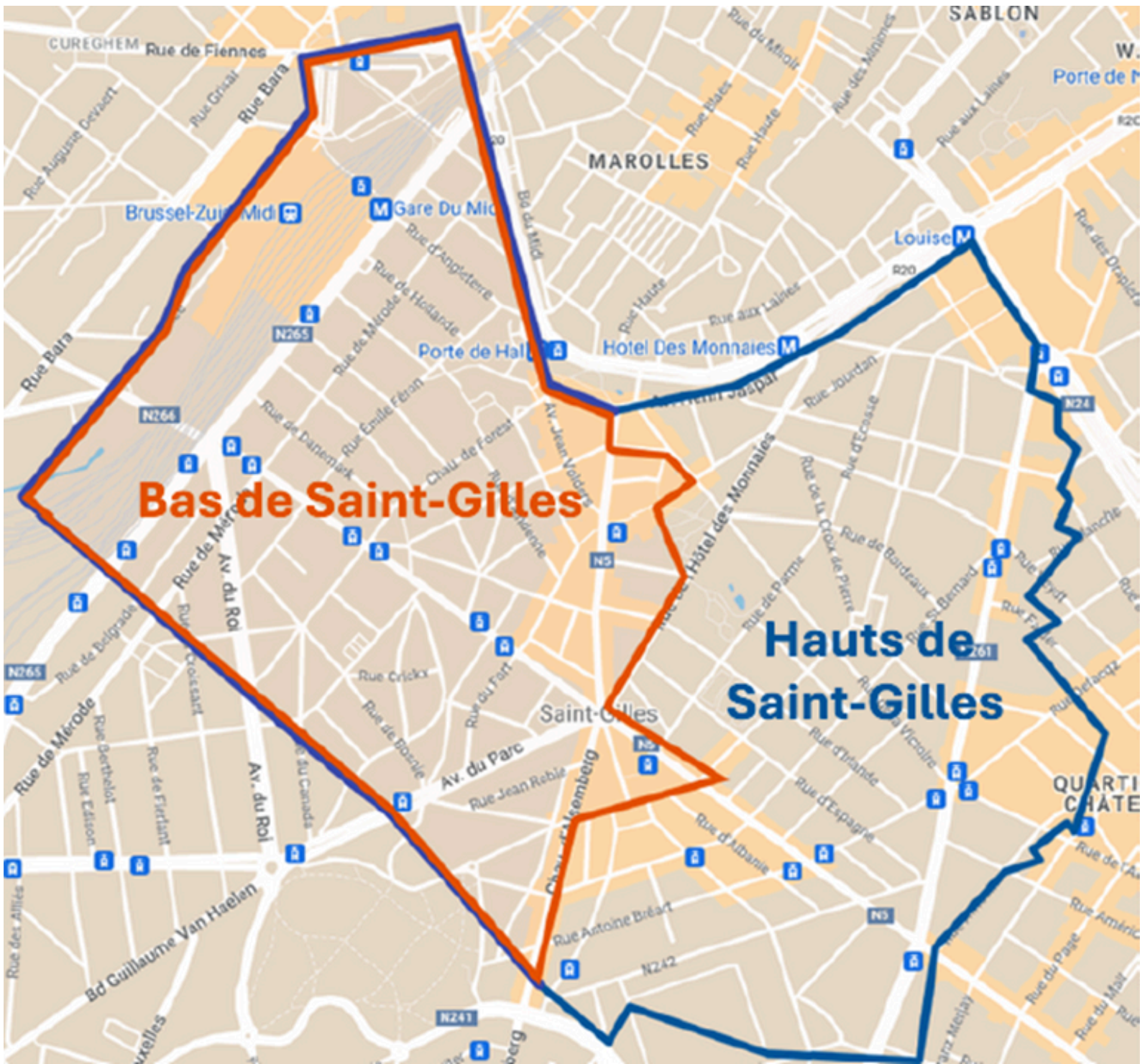






# SAINT-GILLES

CLSS 1.0 Bas de Saint Gilles



Pour en savoir plus





# FOREST

CLSS 1.0 Bas de Forest



Pour en savoir plus

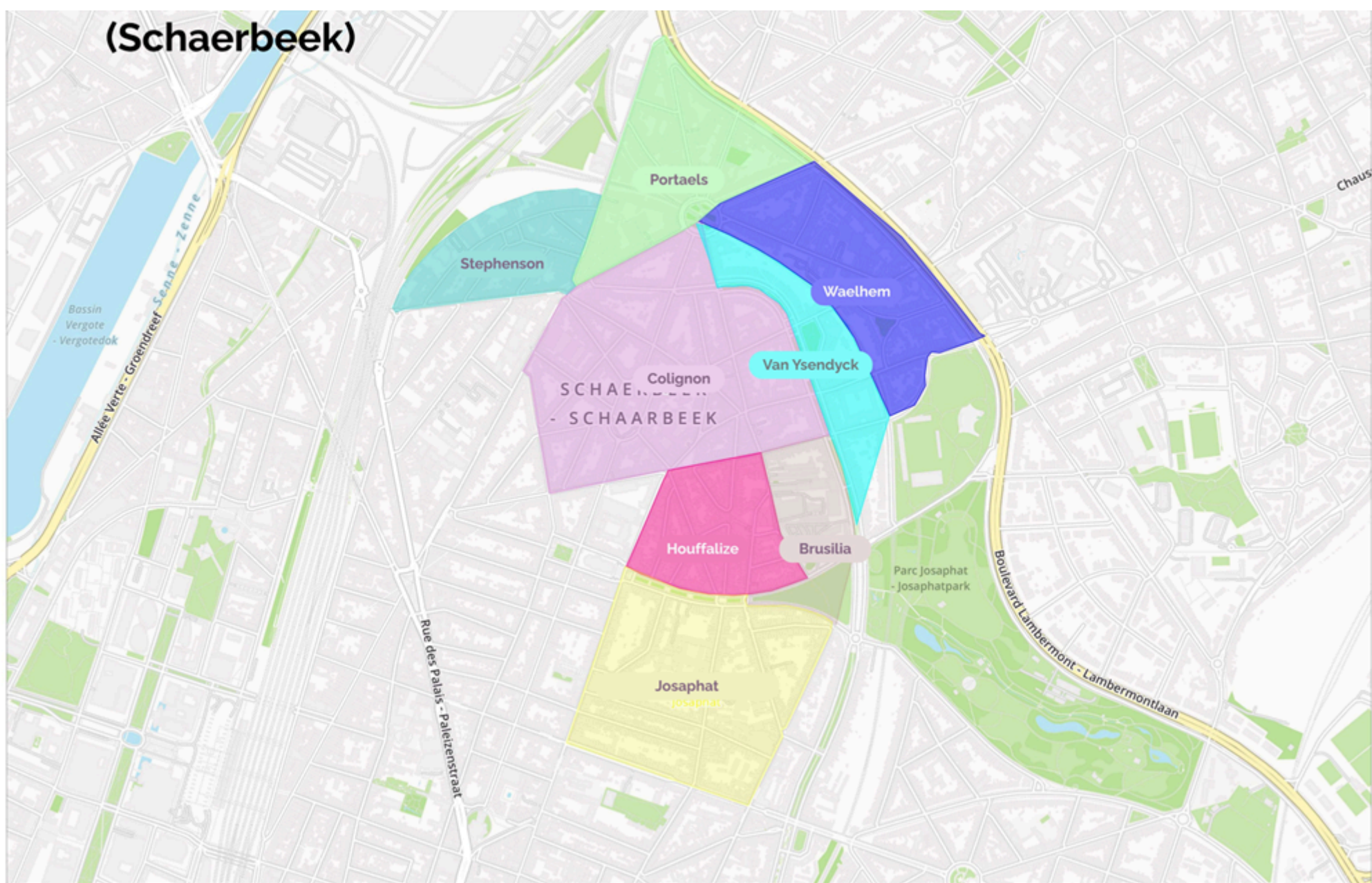






# SCHAERBEEK

CLSS 1.0 Colignon



Pour en savoir plus

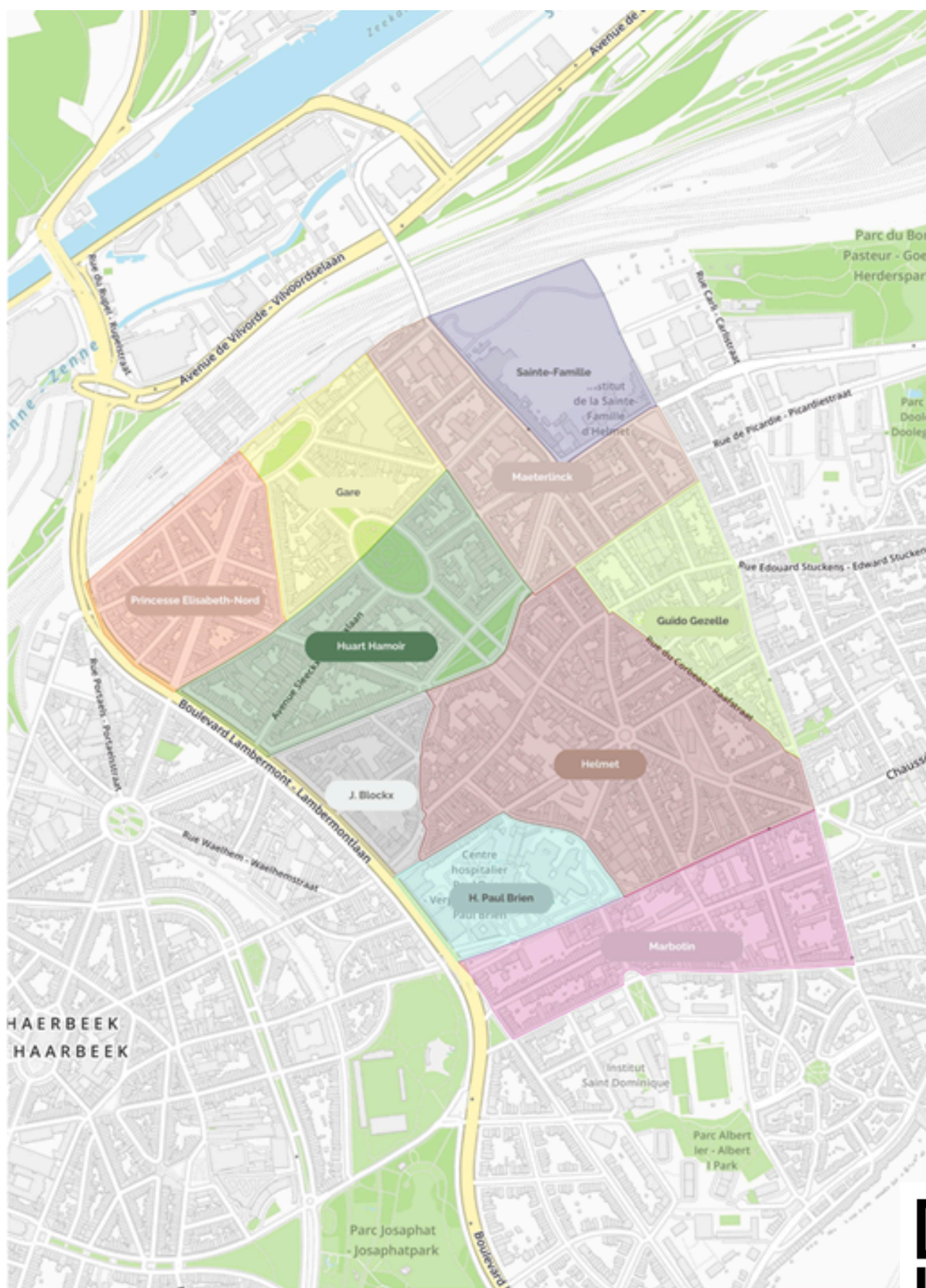






# SCHAERBEEK

## CLSS 2.0 Helmet



Pour en savoir plus





# SCHAERBEEK

# CLSS 1.0 Brabant



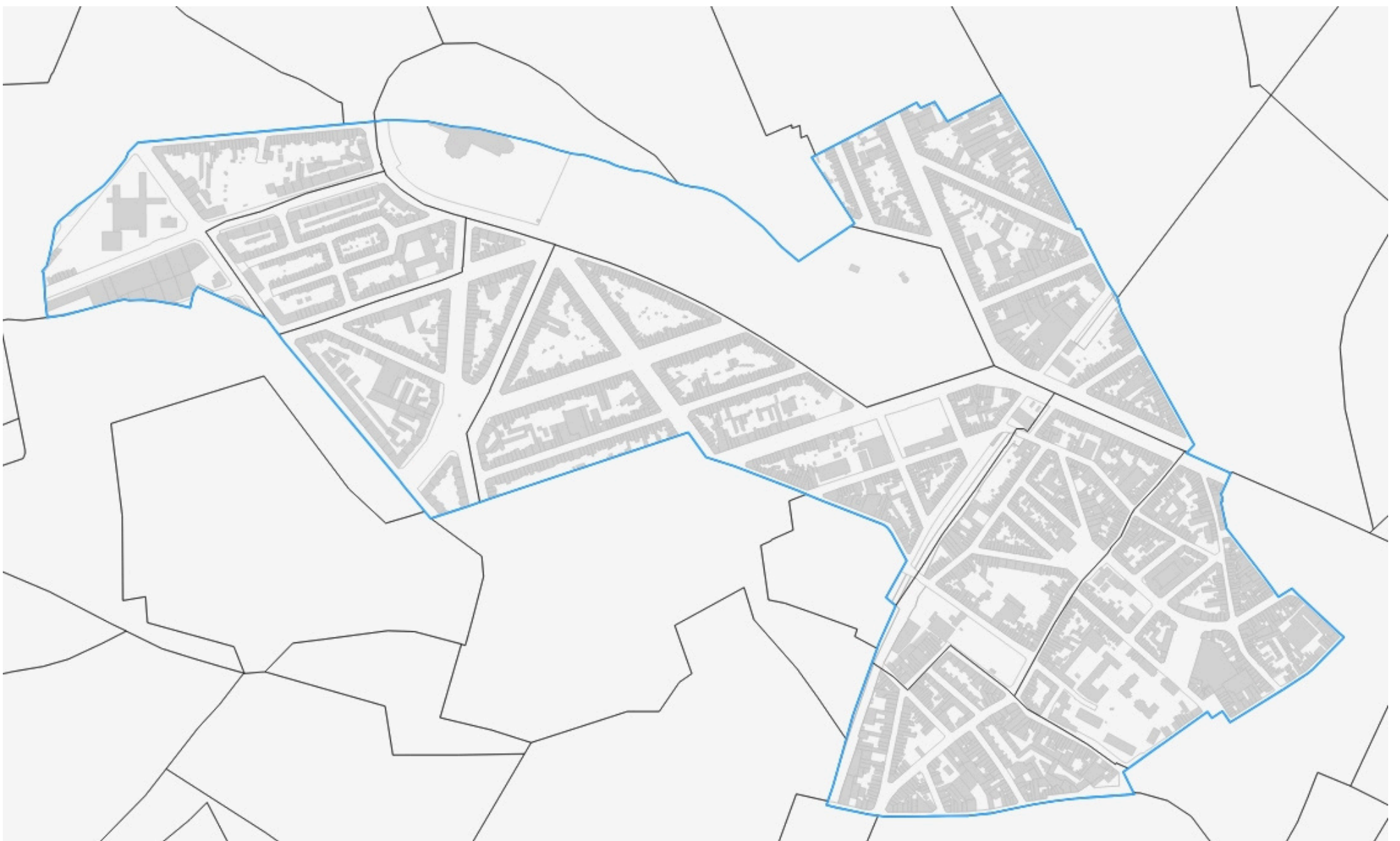
## Pour en savoir plus





# KOEKELBERG

CLSS 2.0 de Koekelberg



Pour en savoir plus





# DOCUMENT SUR LA SANITARISATION

Par Damien Boon, Collaborateur scientifique à  
l'Observatoire du Social et de la Santé – Vivalis

## LES CLSS 5 ans après, ça donne quoi ? - 25 novembre 2025

Les politiques partenariales impliquent de faire travailler ensemble des travailleurs aux horizons divers, dont les intérêts sont parfois divergents voire contradictoires. On peut poser l'hypothèse que les secteurs (santé et social) et, en leur sein, leurs diverses professions, ne disposent pas des mêmes ressources dans le travail de collaboration. Ces politiques questionnent donc les identités professionnelles : qui travaille avec qui ? A quelles conditions ? Qui a la capacité de mieux faire valoir ses intérêts ? Qui "perd" quoi ?

On considère souvent que les métiers de la santé bénéficient d'un prestige plus grand. Dès lors, leurs professionnel·les auraient davantage la possibilité de faire valoir leurs logiques, routines et justifications professionnelles, et donc de faire d'un problème donné un problème davantage "sanitaire" que "social". C'est ce qu'on appelle la sanitatisation du social : « la traduction sanitaire d'un problème de société » (Fassin 2010 , p. 105).

Si cette domination de la santé sur le social est admise par les travailleurs du social, cela ne signifie pas forcément que le "sanitaire" impose systématiquement ses lectures/cadres. En effet, les actrices du sanitaire sont peu présents dans le cadre des CLSS ; leur absence rend donc difficiles des formes de socialisation "en leur faveur". Également, les travailleurs du "social" savent rappeler leur propre expertise et développent des stratégies de résistance face à la sanitatisation, si bien qu'on peut, en sens inverse, parfois parler de "socialisation du sanitaire".

Le concept de sanitatisation du social renvoie à **« la traduction sanitaire d'un problème de société »** (Didier Fassin 2010 , p. 105). **Il évoque la construction d'une réalité en tant qu'atteinte au bien-être physique et mental d'un individu.**

En d'autres termes, il s'agit d'une perception d'un problème selon une grille de lecture « sanitaire », c'est-à-dire en voyant avant toute autre considération des « corps altérés et souffrants », ou qui risquent de l'être.

Dans son exemple, Fassin observe que des pouvoirs publics sont plus prompts à agir sur les conditions de vie des immigrés lorsque ceux-ci sont atteints dans leur santé, davantage que « lorsque les règles élémentaires de la dignité sont bafouées » (p. 105). Pour lui, il n'est pas nécessaire d'attendre que des problèmes sanitaires surviennent pour prendre en charge des personnes fragilisées. Le seul registre humanitaire devrait suffire.

# DOCUMENT SUR LA SANITARISATION

Par Damien Boon, Collaborateur scientifique à  
l'Observatoire du Social et de la Santé – Vivalis

Autre exemple : dans un article de 2023, Laurence Ossipow et Anne-Laure Counilh avancent l'idée d'une « diététisation » de l'aide alimentaire. En effet, elles constatent que l'aide alimentaire est soumise à des impératifs moraux, budgétaires et sanitaires qui tendent à imposer aux populations financièrement démunies un mode de nutrition à visée diététique : les colis évitent tout aliment riche en sucre, proposent une alimentation relativement austère, et qui ne tient pas compte des goûts et des préférences de ceux à qui ils sont destinés.

En somme, les politiques menées au cours de ces dernières quarante années se sont constamment éloignées de l'idéal d'une protection sociale universelle pour favoriser des interventions ciblées sur des publics ou des problématiques particuliers, à traiter de plus en plus souvent selon des modalités médicales ou sanitaires. On pense par exemple à l'usage de la catégorie de la « souffrance » pour qualifier, comprendre et intervenir sur une série de situations problématiques.

Comment utiliser ce cadre théorique dans les politiques publiques bruxelloises (CLSS en particulier, PSSI de manière générale) ?

Les objectifs des CLSS doivent être atteints via deux moyens principaux :

- une réorganisation de l'offre de services (territorialisation)
- une meilleure coordination de tous les acteurices concernés autour de l'utilisateur (intégration).

**Cela implique de mettre en place des politiques partenariales** : elles visent à faire travailler ensemble des travailleurs aux horizons divers.

L'action publique partenariale se donne comme objectif de lutter contre les « chapelles » professionnelles ou le fonctionnement « en silo » de certaines cultures de travail ou de certaines organisations, en incitant les acteurices d'un territoire (professionnel·les et habitant·es) à ne plus se percevoir comme des « concurrents », mais comme des « partenaires » ayant tout à gagner à échanger entre eux.

**Ces réformes se fondent sur des arguments largement partagés** : l'intégration mène à une prise en charge des personnes globale, continue et de meilleure qualité ; l'organisation sur une base territoriale - et non plus sectorielle - permet une meilleure coordination des acteurices, soutient la création d'une culture d'intervention commune

Ces politiques reposent sur le postulat de la fluidité des échanges. **Or, cette évidence interroge.**



# DOCUMENT SUR LA SANITARISATION

Par Damien Boon, Collaborateur scientifique à  
l'Observatoire du Social et de la Santé – Vivalis

En réalité, ces politiques sont potentiellement porteuses d'ambiguïtés et de contradictions

Les professionnel·les des secteurs de la santé et du social ne collaborent pas « naturellement ». Les professions sont fort marquées par des cultures professionnelles spécifiques (formation, pratiques, routines, temporalités de travail, relations avec les publics...). Dès lors, **les politiques partenariales questionnent les identités professionnelles des actrices qui en sont parties prenantes.**

Le développement du partenariat et de ses objectifs affichés (le souhait voire l'injonction au partenariat) font désormais appel à **des formes de polyvalence et de multiples compétences professionnelles** : ces processus interrogent les modalités d'action propres à chaque profession. **Ils peuvent même peut-être être vécus comme la remise en cause de sa propre expertise.**

Les intérêts entre celles et ceux qui sont désormais labellisés « partenaires » sont parfois divergents voire contradictoires : le partenariat ne s'impose pas (toujours). Le partenariat implique des lieux et des moments de socialisation entre professionnel·les > il s'agit d'échanges concrets de savoirs/pratiques.

Les rencontres répétées ne peuvent manquer d'avoir des **effets de socialisation**. Ce concept est défini comme « le processus par lequel les individus intègrent les normes, les codes de conduite, les valeurs, etc. de la société à laquelle ils appartiennent » (Dortier, 2013). **La socialisation professionnelle, c'est le processus par lequel on intègre les normes d'autres groupes professionnels que le sien.**

La socialisation est toujours difficile à mesurer :

- Car les implications dans le projets sont diverses : dans ce contexte, les effets de socialisation professionnelle ne peuvent être considérés comme acquis.
- La socialisation est un processus dont les effets sont perceptibles (si tant est qu'on puisse les isoler d'autres sources de socialisation) sur un temps long, plus long peut-être que la durée du CLSS.
- Enfin, on peut se demander si le turn-over important chez les participants aux projets et parmi les postes de coordination permet véritablement l'existence d'effets de socialisation.

# DOCUMENT SUR LA SANITARISATION

Par Damien Boon, Collaborateur scientifique à  
l'Observatoire du Social et de la Santé – Vivalis

**On peut quand même tenter de réfléchir à une socialisation potentielle ou « probable »** dans ces réunions partenariales en essayant de repérer des agents socialisateurs et des agents socialisés, c'est-à-dire repérer des asymétries entre les participants, et se demander quel registre interprétatif tend à s'imposer et par qui il est porté.

**En d'autres termes, qui socialise qui ? Comment un problème donné est-il cadré ? Et quelle(s) réponse(s) ce cadrage amène-t-il ?**

On en revient à la sanitarisation

De manière plus ou moins latente/explicite, une hiérarchie entre « social » et « santé » est parfois exprimée par les travailleurs du social. En gros, la **vision sanitaire des problèmes aurait de plus grandes capacités à s'imposer**. Comment l'expliquer ?

- **On considère souvent que les métiers de la santé (et particulièrement du secteur médical) bénéficient d'un prestige plus grand.** Dès lors, leurs professionnel·les auraient davantage la possibilité de faire valoir leurs logiques, routines et justifications professionnelles, et donc de faire d'un problème donné un problème davantage "sanitaire" que "social".

*« Quoi qu'on en dise, toutes les institutions qui fonctionnent dans social-santé, il y a toujours une mainmise de la part du médical sur le social, et il y a toujours une primauté des médecins sur les autres professionnel·les, dans toutes les institutions qui cohabitent (...) Je n'ai jamais vu un psychiatre venir dans une réunion avec des assistants sociaux. Un psychologue va y aller, de temps en temps, le plus ouvert, ou celui qui a eu son diplôme après une autre expérience. Mais le psychiatre, il ne va jamais foutre les pieds dans un service pour discuter avec des assistants sociaux, des animateurs ou des éducateurs. Ou alors c'est pour prendre l'ascendant sur la réunion et récupérer le projet »* (responsable du service social d'une asbl).

Ce propos relate l'idée d'une **hiérarchie de prestige entre professions aux approches parfois divergentes des problèmes**. Dans le partenariat, se côtoient, pour reprendre les termes d'E. Hughes (1996), des « professions prétentieuses » et des « métiers modestes ». Les premières, dotées d'une identité et d'un prestige professionnel établis, disposent d'un pouvoir symbolique sur les secondes auxquelles elles **cherchent à imposer leur définition de la « bonne » professionnalité tout en s'en arrogant le monopole**.



# DOCUMENT SUR LA SANITARISATION

Par Damien Boon, Collaborateur scientifique à  
l'Observatoire du Social et de la Santé – Vivalis

Dans le même temps, comme si elles regardaient le travail social avec condescendance, elles cherchent à lui déléguer la part la plus ingrate du travail.

*« [Les médecins] donnent un diagnostic, ils disent, « il faut de la psychomotricité relationnelle », et ils n'expliquent pas ce que c'est. Et les parents, ils arrivent ici, ils disent, « qu'est-ce que c'est que ce truc ? Qu'est-ce que je dois faire ? Pourquoi je dois faire ça ? ». Donc, ce n'est pas souvent qu'ils prennent le temps d'expliquer ce que c'est. Et donc on leur demande : « Vous savez pourquoi vous venez avec ça ? ». On nous répond : « c'est le médecin qui a dit » (...) (Animatrice d'un service d'assistance à la jeunesse).*

Les travailleurs sociaux s'estiment très peu sollicités ou, quand ils le sont, ce n'est pas dans une logique de dialogue mais de « délégation », à l'issue de laquelle il leur revient d'assumer la charge logistique, l'intendance, et les explications relatives à un suivi dans un parcours de soin.

Au-delà de l'hypothèse que les secteurs « santé » et « social » et, en leur sein, leurs diverses professions, ne disposent pas des mêmes ressources (matérielles, financières, symboliques...) dans le travail de collaboration, la **nature des activités n'est pas la même**. Quand on n'est plus malade après l'avoir été, ça se voit . Le secteur de la santé : s'appuie volontiers sur des données objectives / objectivées, des chiffres, ce qui donne aux activités une traduction immédiatement mesurée/compréhensible/comparable

À l'inverse, un ensemble d'interventions du social, quand elles sont efficaces, ne créent aucun effet visible (exemple : une bonne prévention). Il est difficile de quantifier/évaluer des relations sociales, ou de mesurer des portes qui ne s'ouvrent pas.

**La sanitarisation est souvent traduite comme une médicalisation du social : or, il s'agit d'un processus qui dépasse la seule entreprise des médecins**, comme le montre Chloé Bussi (2023). Il relève du soin au sens large, et désigne tout ce qui relève du bien-être (comme les soins d'esthéticiens, ou faire prendre une douche à sans-abri par exemple) : **ce sont des pratiques concrètes d'acteurs parfois peu visibles et peu reconnus pour ces activités**.

Parce que la précarité croissante des conditions de vie retentit sur la santé, le travail social ne peut plus faire l'impasse sur la dimension des soins dans la démarche d'insertion. Une « sanitarisation » qui **oblige les professionnel·les à reconsidérer leurs pratiques**.

# DOCUMENT SUR LA SANITARISATION

Par Damien Boon, Collaborateur scientifique à  
l'Observatoire du Social et de la Santé – Vivalis

## **La santé comme adjuvant à la question sociale.**

Les professionnel·les rencontrés sont largement d'accord avec l'idée que les **questions sociales auxquelles ils sont confrontés ne sont que rarement envisagées pour elles-mêmes** : s'il existe un consensus sur l'existence de certains problèmes sociaux (logement insalubre, délinquance...), c'est souvent quand ceux-ci sont accolés à un autre enjeu qu'ils acquièrent une force plus légitime.

Ça a des conséquences très concrètes sur le travail des professionnel·les, de plus en plus fonctionnant avec des appels à projets. Ils témoignent avoir des **difficultés à obtenir des subsides en ne proposant des actions qui ne sont « que » liées à la « lutte contre la précarité »**. C'est en reliant la précarité à une autre thématique qu'elle devient plus « porteuse » auprès des pouvoirs subsidants. En réponse à l'appel à projets des CLSS 1.0, un éducateur constatait que, auprès du pouvoir subsidant, il **semblait n'y avoir de problème de logement que si cela entraînait un problème de santé** (votre logement est humide OK, mais il faut dire qu'il y a un risque d'entraîner de l'asthme ; vous avez des nuisibles, alors il faut dire que ça expose à des réactions cutanées).

En somme, **la question « sociale » est un problème qui ne s'impose pas de lui-même**. Tout se passe comme si le « social » jouait le rôle de symptôme, c'est-à-dire la manifestation indésirée d'un problème sur lequel il faut agir. L'objet social de certaines structures intègre donc des questions de santé.

*« Si on laisse les gens dans des logements insalubres ça va avoir un impact sur la santé publique et c'est ça qui les [le politique] intéresse. Donc en fait on joue le jeu, dans les argumentations qu'on remonte, on joue le jeu des politiques puisqu'on sait que c'est comme ça qu'il faut leur parler. Pourquoi ? Pour avoir les enveloppes, pour faire notre travail social sur le terrain . Mais c'est pas forcément l'argument qui nous venait en premier ! C'est parce qu'on l'a compris, et donc stratégiquement le social adapte son discours » (responsable de coordination sociale).*

## **En retour, les professionnel·les du social revendiquent leur légitimité.**

Si cette domination de la santé sur le social est admise par les travailleurs du social, **cela ne signifie pas forcément que le « sanitaire » impose systématiquement ses lectures/cadres**.

En effet, les **acteurices du sanitaire sont peu présents dans le cadre des CLSS ; leur absence rend donc difficiles des formes de socialisation « en leur faveur »**. Quand il y en a, ce sont des assitant·es du social, et bien souvent de structures déjà habituées à travailler de manière pluridisciplinaire. Cela s'explique en grande partie



# DOCUMENT SUR LA SANITARISATION

Par Damien Boon, Collaborateur scientifique à  
l'Observatoire du Social et de la Santé – Vivalis

Le discours sur l'absence de professionnel·les de santé oscille entre compréhension de leurs contraintes et agacement quant à ce qui est parfois perçu comme de la mauvaise volonté à s'engager dans des démarches collectives. D'un côté, on admet aisément que les professionnel·les du « sanitaire » rencontrent des difficultés qu'ils partagent (« soumission à une idéologie productiviste », à propos des hôpitaux) ; de manière générale, « forte demande et peu de professionnels sur le terrain » ; ou non (logiques de rémunération différentes). De l'autre, on déplore certains arguments entendus, considérés comme pas (toujours) valables (« pas le temps »). Discours critique sur le travail des médecins : aux yeux des professionnel·les du social, **l'approche « incomplète » des médecins est pourtant celle qui est considérée comme la plus légitime :**

*« Les médecins et tout ça font des diagnostics : « il est ça ». Ils voient une fois, deux fois la famille, quelques fois la famille, l'enfant. Et ils diagnostiquent des trucs et tu es là, wouah ! Et c'est étiqueté, quoi. C'est ça qui fait autorité ».*

*(Animatrice d'un service d'assistance à la jeunesse)*

Rappels fréquents à leur culture professionnelle, qui est collective, familière du partenariat (pour eux ce n'est pas nouveau). À l'inverse, les professionnel·les du médical ont une formation **éloignée des logiques collectives** : ils seraient dans des « logiques de cabinet », où les routines professionnelles, même dans un cadre associatif, s'inscrivent dans des **interactions en face-à-face, dans un bureau, avec une suite de consultations ; de plus, on leur prête facilement une capacité à ne pas communiquer leurs savoirs (secret médical).**

**La « sanitarisation du social » se heurte ainsi à une autre dynamique, inverse, que l'on pourrait désigner comme la « socialisation du sanitaire »/politisation du sanitaire, qui relève en fait de l'affirmation de la promotion de la santé :** c'est-à-dire l'entreprise de professionnel·les du social cherchant à faire valoir les considérations, orientations et pratiques de leurs métiers.

Pour cela, on mobilise sa propre expertise, son propre référentiel, les éléments symboliques qui légitiment les pratiques : (Charte d'Ottawa). Dans cette optique, la santé est une porte d'entrée, et le travail consiste à la relier à ses déterminants = logement, emploi, revenu, niveau d'étude, qualité de l'environnement.

# DOCUMENT SUR LA SANITARISATION

Par Damien Boon, Collaborateur scientifique à  
l'Observatoire du Social et de la Santé – Vivalis

Exemple récent de socialisation/politisation du sanitaire, ou de primat d'une vision en termes de promotion de la santé : les violences conjugales, et plus généralement des violences sexistes et sexuelles. **La grille de lecture dominante de cette question a longtemps été celle de la pathologie psychologique individuelle. Son cadrage est désormais plus politique : c'est la traduction visible d'un système d'inégalités dans une société : celle des hommes au détriment des femmes, de la façon dont se construisent les masculinités (ce qui n'est pas exclusif éventuellement de la pathologie individuelle).** C'est le produit d'un travail de changement des représentations par des entrepreneurs de cause, d'une vision holistique des problèmes : des cercles militants qui parviennent, avec leurs ressources (expertise, accès aux médias) à modifier la façon dont les pouvoirs publics vont répondre (considérer le problème comme légitime + agir avec des moyens).

Dès lors, les professionnel·les du social s'inscrivent à la fois en amont et dans la continuité du travail des médecins, et presque du travail que ces derniers ne seraient pas capables de faire. « *La santé fait partie de la vie sociale d'une personne* » (assistante sociale). Cette formule ne place pas la santé comme étant une finalité, mais comme étant une composante d'un individu avant tout défini par sa « vie sociale ». **On valorise alors un cadre théorique qui expose une chaîne de causalités dont la santé est un maillon, le réceptacle, le symptôme. La santé, ce n'est pas un corps qui souffre ; ou pas qu'un corps qui souffre ; et plus encore c'est un individu qui souffre, ce qui se traduit dans le corps.**

On voit donc que les travailleurs du « social » savent rappeler leur propre expertise et développent des stratégies de résistance face à la sanitarisation, et d'affirmation de leur légitimité et de leur identité propres.

En conclusion, notons qu'on peut également très bien s'accommoder de visions qui ne sont pas celles de sa culture professionnelle. La collaboration, le partenariat, ça existe ! La sanitarisation du social est une grille analytique pratique pour observer un ensemble de processus. Elle est une tendance générale, qui peut se développer selon des logiques diverses et contrastées (et n'oublions pas qu'il est toujours délicat de définir précisément ce qui relève de la « santé » et du « social » - les ensembles ne sont pas homogènes/monolithiques, leurs frontières sont poreuses, ayant évolué au cours de l'histoire, et connaissant aujourd'hui une injonction au décroisement), qui n'est pas toujours opérante et peut être concurrencée ou supplantée par un processus inverse.

Ni bonne, ni mauvaise, ni à souhaiter ni à proscrire, elle est un processus porteur d'inévitables réflexions sur la place que les uns et les autres prennent dans les échanges.



# AUTRES LIENS

## La rue ASBL

<https://www.larueasbl.be/projet-clss/>

## Cerapss asbl

<https://www.cerapss.be>

Réseaux sociaux linkeding, youtube et facebekook :  
cerapss

## Les CLSS en cours par CPAS

[Schaerbeek](#)

[Forest](#)

[Saint-Gilles](#)

[Bruxelles-ville](#)

[Koekelberg](#)

[Molenbeek-Saint-Jean](#)





# Le dispositif CLSS n'aurait jamais pu voir le jour sans le travail de tout·es les référent·es quartiers CLSS 1.0 et 2.0

## 1.0

Jessi Anay,  
Marilia Assad De Oliveira,  
Liliane Uwamahoro,  
Alexane Cece,  
Camille Roekaerts,  
Sabine Genten,  
Margarita Concha,  
Célia Salazar,  
Eve Alvarez Del Llano,  
Grégory Meurant.

## 2.0

Muyandi Wameso,  
Arthur Boudoux,  
Imen Touali,  
Simone Mbom,  
Narjiss Rachiq,  
Arthur Lecoq,  
Laura Gimenez,  
Rebecca Honnof,  
Kristof Koen,  
Eva Seifarth.

**Le magazine CLSS a été réalisé par Imen Touali.**

