

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – educationsante.be
Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
N° 426 / NOVEMBRE 2025



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE
CHARLEROI X | P401139



Le logement:
un déterminant
essentiel de la santé

Sommaire



3

RÉFLEXIONS

**Logement et santé,
des inséparables**



6

INITIATIVES

Marmot Places:

l'équité en santé
à l'échelle du territoire



9

INITIATIVES

**Logement
et santé mentale:**
en quête de repères



11

INITIATIVES

**Le territoire
bruxellois cherche
son échelle
d'intervention**



14

INITIATIVES

**Housing First
à Bruxelles:**

des avancées
mais un pan social
en suspens



educationsante.be

- Retrouvez tous nos articles et des inédits en ligne.
- Abonnez-vous à notre newsletter et découvrez d'autres articles, ressources et informations épinglés pour vous.

Retrouvez-nous aussi sur :  facebook.com/revueeducationsante

 linkedin.com/company/education-sante

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT** : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION** : Mutualité chrétienne (MC). **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI** : Réseau wallon de lutte contre la pauvreté, Clotilde de Gastines, Julie Luong. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE** : Clotilde de Gastines, Maryse Van Audenhege, Marie Lennerts. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT** : Pierre Baldewyns, Martin de Duve, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Célestine Gallez, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Denis Mannaerts. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Tania Antonioli, Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE** : Émerance Cauchie. **ISSN** : 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : educationsante.be. **COURRIEL** : education.sante@mc.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Charleroi X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément : P401139. Crédit photos : AdobeStock.

Logement et santé, des inséparables

RÉFLEXIONS

Être en bonne santé n'est pas qu'une affaire de microbes, car la santé entretient des liens forts avec le lieu où l'on vit. Santé et logement sont bien intimement reliés. Le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté et les témoins du vécu militant en son sein veulent changer la donne. Leurs constats : *« le logement est sous baxter. Il est gravement malade ! Et les personnes qui vivent dans le trop peu de tout en subissent en premier lieu les conséquences. »*

► RÉSEAU WALLON DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Santé physique, santé mentale et santé sociale pâtissent des conditions d'hébergement. Parmi les déterminants sociaux de la santé – qui comptent pour environ 70 % dans ce qui influence notre santé –, le logement joue un rôle majeur. Il devrait même être reconnu comme un traitement médical de base, aux yeux de certains (voir encart). Or le logement en Wallonie, à Bruxelles, est lui-même gravement malade ! La crise du logement y semble sans fin et s'aggrave d'année en année. Mal-logement, non-logement, trop-cher-logement s'accroissent, avec des conséquences directes sur la santé des populations.

Trop cher, en mauvais état, disponibilité insuffisante

Avec un coût moyen estimé à 879€/mois pour les locataires wallons dans le privé¹, le logement est devenu un luxe inaccessible pour beaucoup. Les ménages les plus vulnérables doivent faire face à des loyers inabornables ou doivent souvent se contenter de mauvais logements, souvent mal-situés. Actuellement, 50 000 ménages² attendent un logement public. Faute de solution, ils doivent se tourner vers le privé où les loyers grèvent largement leur portefeuille. Par ailleurs 19 055 personnes en Wallonie – dont 4 713 enfants et jeunes – sont sans logement³. Les personnes visibles dans l'espace public des grandes villes ne constituent que la partie émergée de l'iceberg. Dormir à la rue, dans un hébergement d'urgence, être accueilli chez quelqu'un ou dans un espace « non conventionnel » (tente, voiture, squat, etc.) est un phénomène présent partout sur le territoire et impacte l'espérance de vie. Les personnes sans-abris meurent en moyenne 33 ans plus tôt que la population générale⁴.

Par ailleurs, on estime à 55 000 le nombre de journées cumulées manquées à l'école par les enfants belges entre 5 et 15 ans à cause de maladies liées à l'humidité et aux moisissures⁵. Le tableau clinique du logement est critique. Les solutions manquent ; les individus sont renvoyés à leur responsabilité personnelle. Et la concurrence pour avoir un logement décent et accessible financièrement règne.

Les répercussions sur la santé physique et mentale

Les personnes qui subissent au premier plan les conséquences de la crise endémique du logement sont souvent bien conscientes de cet impact sur leur état de santé, en premier lieu sur leur santé physique. Les témoins du vécu militant-es dénoncent les effets délétères sur leur état de santé : problèmes respiratoires, asthme, allergies, douleurs articulaires. Sofia le transmet ainsi : *« Il y a une petite maison au bord de la route (...). Il y avait mon enfant qui ne dormait pas. Il y avait derrière la tapisserie, des taches blanches, bleues, noires, vertes. Il y avait des champignons. Il y a eu la peur. Il y a eu les urgences, la maladie de l'asthme. Il y a eu presque la mort pour mon enfant. Il y a les médecins qui disent : "il faut partir de chez vous". Aujourd'hui, il y a l'envie de démolir cette maison quand je passe devant. Il y a des gens qui y vivent. Il y a toujours mes rideaux (...) »*

Les personnes trop cher-logées font face à des choix cornéliens avec le revenu qui leur reste. L'alimentation devient alors une variable d'ajustement. Or le lien entre santé et alimentation de qualité est attesté. Faute de moyens, ces personnes ne peuvent plus se permettre d'acheter des produits

¹ Estimation de Federia, fédération des agents immobiliers francophones, 2025.

² Selon le rapport d'activités 2024 de la Société wallonne du Logement.

³ Selon le dernier dénombrement de la Fondation Roi Baudouin.

⁴ Selon le Collectif des Morts de la rue (2020).

⁵ Baromètre de l'habitat sain (2019).

alimentaires de qualité. Même dilemme avec les médicaments ou les traitements médicaux : nombreuses sont celles qui renoncent à se soigner même si elles en ont besoin.

Rechercher un logement, subir des discriminations, se faire expulser, déménager... a aussi un impact sur l'équilibre psychique. Vivre dans un logement insalubre, trop étroit, trop froid, trop chaud, trop humide, bruyant génère du stress et de l'anxiété. « *J'ai fait cinq ulcères tellement tout cela m'énerve* », explique une témoin du vécu militante au RWLP. « *Si ça joue sur ton mental, ton corps prend aussi* », dit une autre. « *En me questionnant sur ma santé et mes logements, je prends conscience que, depuis mes 8 ans, j'ai voyagé de mal-logement en mal-logement, constate cette autre personne. (...) Ma santé s'est dégradée sans que je m'en aperçoive. Mon énergie s'est consumée à grande vitesse. Me voilà aujourd'hui épuisée forçant sur mes réserves, mais jusqu'à quand ?* »

Un répondant⁶ au thermomètre de la mutualité Solidaris, déclare être souvent déprimé à cause de son logement. Et ce pourcentage monte à 34 % pour les familles monoparentales et 38 % pour les occupants d'un logement social. C'est dire l'impact du lieu de vie sur la santé mentale.

« Le logement, on n'en parle pas au docteur »

« *J'ai honte d'être pauvre, exprime une témoin du vécu militant au RWLP. J'ai honte d'être moins pauvre que d'autres, j'ai honte de m'humilier devant les assistantes sociales, j'ai honte de devoir me justifier, j'ai honte de prendre du bon temps car cela me semble interdit* ». Accepter un logement loin de tout parce qu'on ne peut se payer autre chose, se déraciner, ne pas oser recevoir des invités ou des services à domicile, se sentir seule, abandonnée... ou au contraire, vivre dans la promiscuité, sans aucune intimité... manquer l'école, des rendez-vous, ne pas recourir à ses droits... S'auto-exclure par honte, par stigmatisation, tous ces récits montrent à quel point l'emplacement ou l'état du logement va peser sur la santé.

Lors des consultations médicales, il est peu question de logement. Le 13 décembre dernier⁷, lors d'une journée dédiée à la thématique Santé-logement, les retours d'expériences ont été unanimes : en consultation, le logement est plutôt un non-sujet. Une travailleuse en santé communautaire d'une maison médicale observait que les patients se confient rarement sur leur situation de logement. D'autant moins que « *la honte pousse à ne pas dévoiler* », dira un témoin du vécu militant qui explique qu'il allait jusqu'à faire

⁶ Comment les Belges francophones perçoivent-ils l'incidence du logement sur leur santé ? (2023)

⁷ Plus d'informations : rwlp.be/journee-de-croisements-sante-logement



Housing action Day Namur – Avril 2025



Une témoin du vécu intervient lors de la Journée santé-logement – Décembre 2024

8 km à pied pour voir un médecin, « pour ne pas qu'il vienne et qu'il voie mes conditions de logement. » Pourtant, de l'avis d'une autre témoin du vécu militante: « les visites à domicile c'est 50 % du diagnostic ».

On estime à 55 000
le nombre de journées cumulées
manquées à l'école par les enfants
belges entre 5 et 15 ans à cause
de maladies liées à l'humidité
et aux moisissures

Aujourd'hui, le logement est trop souvent un lieu où l'on tombe malade, une source de stress, d'isolement, de tensions. Alors qu'il devrait être un lieu de sécurité, de stabilité et d'apaisement pour l'ensemble des habitants. Investir dans le logement, c'est en effet bien plus que d'avoir un toit au-dessus de sa tête et faire respecter le droit constitutionnel au logement. C'est assurer à chacune et chacun une habitation saine et payable. C'est aussi améliorer la santé de toutes et tous et donc, faire des économies sur la sécurité sociale, estime le RWLP. Concrètement, un changement dans la politique du logement avec des effets réels sur le type de logements disponibles, leur coût et leur qualité, amènerait à éviter à la population des effets nocifs de l'habitat inadapté sur la santé.



Plus d'infos

« Logement sous baxter » fait l'objet d'une campagne de sensibilisation lancée par le RWLP et l'ASBL Miroir Vagabond, en 2024. Voir notamment le journal publié sur le sujet, disponible en ligne: rwlp.be/logement-sous-baxter-2

Le journal est disponible également en format papier sur simple demande auprès du RWLP – 081/31 21 17.

« Le logement, c'est un traitement »

« J'ai travaillé avec Médecins Sans Frontières à l'étranger et puis en Belgique. En tant que médecin, je soignais les gens et j'essayais qu'ils retrouvent leurs droits, on leur donnait des médicaments et cela s'arrêtait là. Pour moi, c'était logique ! Et puis j'ai commencé à travailler avec Infirmiers de rue (...) Je me suis rendu compte qu'il y avait des patients jeunes qui mouraient dans la rue même s'ils avaient accès aux soins et même s'ils en faisaient usage. La rue tue en tant que telle, pour toutes sortes de raisons. On meurt en rue parce qu'on vit en rue.

Il m'a fallu plusieurs années pour comprendre que le logement, c'était un traitement. Parce qu'en fait, en rue, on ne peut rien soigner (...) On ne peut pas soigner un ulcère de jambe, on peut le soigner mais on ne peut pas le traiter. On ne peut pas se débarrasser d'une addiction quand vous êtes en rue, ce n'est pas possible. On ne peut pas traiter un diabète insulino-dépendant, c'est dangereux même. On ne peut pas soigner une hypertension. Alors que quand on est en logement: on a l'intimité, on a la sécurité, on peut manger, on peut faire des réserves de nourriture, on peut se reposer, on peut ne rien faire, on peut se distraire, on peut accueillir des gens, on peut recevoir des amis.

Tout redevient possible et au niveau de la santé, cela change tout. Pour moi, il a fallu quand même des années, avant que je comprenne ce lien entre le logement et la santé mentale et physique - qui maintenant me paraît évident. »

Extrait du témoignage de Pierre Ryckmans, médecin-coordonateur de l'ASBL Infirmiers de rue, aujourd'hui décédé, partagé lors du Débatatorium organisé par le RWLP, le 25 avril 2024, à la veille des élections fédérales, régionales et européennes.

Marmot Places : l'équité en santé à l'échelle du territoire

INITIATIVES

Manchester, Leeds, Luton, au total une cinquantaine de villes anglaises, le comté de Northumberland ou encore l'Écosse tout entière ont décidé de lutter contre les inégalités sociales de santé en s'appuyant sur les principes du Pr Michael Marmot, père de l'universalisme proportionné. L'utopie semble réalisable.

► CLOTILDE DE GASTINES

« *Pourquoi soigne-t-on les gens pour ensuite les renvoyer aux conditions de vie qui les ont rendus malades ?* », interrogeait Sir Michael Marmot le 22 mai dernier, lors de la journée sur l'accessibilité aux soins organisée par la MC à Bruxelles.

L'événement a été l'occasion de présenter les *Marmot Places*. Les villes de Coventry, Leeds, Luton, Manchester, mais aussi les comtés de Gwent et Northumberland et même l'Écosse, au total, une cinquantaine de territoires britanniques ont en effet décidé de reconnaître que ce sont avant tout des déterminants sociaux qui façonnent la santé et les inégalités de santé : « les conditions dans lesquelles une personne naît, grandit, vit, travaille et vieillit ».

Ces territoires ont décidé d'agir sur les causes profondes des inégalités de santé, toutes intrinsèquement liées les unes aux autres : le logement, l'emploi, l'éducation et l'environnement.

Cela implique de passer par plusieurs phases de travail, et notamment :

- évaluer l'ampleur des inégalités en matière de santé et des déterminants sociaux de la santé au niveau local, examiner les actions déjà en cours et analyser le contexte local ;
- identifier les possibilités d'aller plus loin pour réduire les inégalités et repérer les lacunes dans les actions existantes ;
- mettre en œuvre de nouvelles approches et interventions.

En termes de gouvernance, le statut de « Marmot Place » implique aussi un changement de culture et de système, qui fait de l'équité en santé une priorité, intégrée dans les politiques, les programmes de manière transversale et intersectorielle :

- mettre en place une gouvernance partagée entre collectivités, services publics, entreprises volontaires et citoyens ;
- évaluer comment les partenaires d'un territoire peuvent mieux collaborer pour avoir un impact plus fort et opérer les changements nécessaires, même dans un contexte financier et de ressources difficile.

Un déterminant central de la santé

Le logement est un déterminant social majeur de la santé et de l'équité en santé. « *Si votre logement ne vous offre pas des conditions de salubrité, de sécurité, et un sentiment d'appartenance, mais qu'il est précaire et dangereux, il est impossible d'être en bonne santé*, écrit Michael Marmot en préface d'un document sur la responsabilité des bailleurs.



Manchester – Angleterre



Fort William – Écosse

La prévention des inégalités de santé doit commencer à la maison. Lorsque nous ne parvenons pas à offrir des logements et des quartiers sûrs, favorables à la santé, nous trahissons la confiance des citoyens ».

Il en conclut : « améliorer le logement, c'est une question d'équité et de justice sociale. Plus une zone est défavorisée, moins ses habitants ont de chances de bénéficier de logements décentes et d'infrastructures favorables à la santé. Ce manque est particulièrement frappant chez les personnes en situation de pauvreté, les personnes en situation de handicap et les minorités ethniques ».

Car les politiques de logement sont des politiques de santé publique, estime l'épidémiologiste, qui poursuit ses travaux de recherches au sein de l'Institut de l'équité en santé (IHE), hébergé par l'University College de Londres. Appliquer le principe d'universalisme proportionné à l'échelle du territoire consiste notamment à développer du logement pour toutes et tous, avec une attribution de moyens plus importants dans les espaces où les besoins sont les plus aigus.

La stabilité résidentielle, l'accessibilité financière, et le contexte du quartier façonnent aussi le bien-être physique et mental. Les inégalités d'accès à un logement de qualité sont un vecteur central des inégalités de santé. Les dimensions du logement (coût, qualité, stabilité, environnement) interagissent entre elles et avec d'autres inégalités structurelles, produisant des effets cumulatifs sur la santé et la reproduction des inégalités.

Devenir une Marmot Place

Les territoires volontaires travaillent avec l'Institut de l'équité en santé (IHE), pour mettre en place leurs politiques de réduction des inégalités de santé et d'amélioration des déterminants sociaux de la santé.

Ils s'appuient sur tout ou partie des huit principes de Marmot :

1. Donner à chaque enfant le meilleur départ dans la vie.
2. Permettre à chacun de développer ses capacités et de contrôler sa vie.
3. Créer un emploi équitable et de qualité pour tous.
4. Assurer un niveau de vie sain pour tous.
5. Créer des lieux et des communautés sains et durables.
6. Renforcer la prévention des maladies.
7. Lutter contre le racisme et les discriminations.
8. Associer durabilité environnementale et équité en santé.

Chacun mène ce travail à travers un plan d'action ou un plan de mise en œuvre, mais les priorités diffèrent selon les lieux. Certains veillent à ce que la majorité des programmes soient façonnés par l'approche Marmot. D'autres adoptent une approche Marmot moins visible mais néanmoins intégrée.

« Il n'y a pas de financement direct de l'Institute of Health Equity (IHE) pour soutenir les territoires souhaitant devenir un "Marmot Place". Il est donc essentiel qu'il y ait un leadership et des ressources au sein du comité de pilotage local, afin de renforcer et de piloter l'approche Marmot, et de veiller à ce que ses principes soient intégrés à tous les échelons de gouvernance » précisent David Fothergill et Louise Gittins les analystes de Local Government Association dans une publication dédiée.

La participation et la concertation autour de l'équité en santé sont la clé. Les territoires renforcent les partenariats entre les autorités locales, les communautés, les services publics, les entreprises et les organisations du secteur associatif.

Luton veut améliorer l'espérance de vie

Entre 2017 et 2019, avant la pandémie de COVID-19, l'espérance de vie à la naissance à Luton était, en moyenne, inférieure de plus d'un an à la moyenne nationale en Angleterre pour les hommes (79 ans), et d'environ huit mois pour les femmes (83 ans). Les dernières données statistiques montraient également de fortes disparités d'espérance de vie



Côte du Northumberland – Angleterre

au sein même de la ville. Les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés, comme Challney, le centre de Luton et Park Town, sont susceptibles de mourir environ huit ans plus tôt que celles vivant dans des zones plus aisées telles que Bramingham, Barnfield et Stopsley North.

Afin d'inverser ces tendances, Luton s'est doté d'un plan 2020-2040 pour réduire les inégalités de santé évitables et s'est engagé sur quatre points :

- ▶ améliorer la santé de 7 500 locataires de logements sociaux ;
- ▶ faire de l'équité en santé une priorité centrale dans l'ensemble des services publics locaux, y compris la police, les pompiers et l'éducation, afin qu'ils deviennent des institutions de référence en matière de bonnes pratiques au sein de la communauté ;
- ▶ investir dans le secteur associatif pour mobiliser son énergie, ses connaissances et ses compétences dans une logique de partenariat à long terme, et veiller à ce que son action soit évaluée et diffusée ;
- ▶ inciter les entreprises à s'engager dans une charte locale pour un emploi de qualité, afin de promouvoir une main-d'œuvre en bonne santé ainsi que l'équité en santé dans la communauté locale et tout au long de leurs réseaux d'approvisionnement et de sous-traitance.

Trois groupes prioritaires à Northumberland

Le comté de Northumberland, au Nord-Est de l'Angleterre vise l'horizon 2044 pour devenir une Marmot Place. Il a mené un diagnostic pour identifier les besoins et les localiser en impliquant les communautés, la direction du système de santé publique, une équipe logement et les services de soins aux adultes. Les partenaires, y compris la police, les pompiers, les services de santé, la commune, ainsi que le secteur associatif et communautaire, développent une approche de type *Make Every Contact Count* (tout contact

a son importance) et collaborent pour identifier les ménages vulnérables et leur fournir un accompagnement en matière de logement.

L'objectif est de réduire les inégalités en matière d'espérance de vie en bonne santé pour trois groupes prioritaires :

- ▶ les ménages avec des adultes en âge de travailler porteurs de handicap, ou ayant des enfants porteurs de handicap, dont le revenu est inférieur au revenu médian (et pas uniquement les 10 % les plus pauvres) ;
- ▶ les jeunes issus de l'aide à la jeunesse ;
- ▶ les personnes à risque de devenir sans-chez-soi.

Des responsabilités partagées et une planification à long terme

Le secteur immobilier, la planification urbaine et les communes ont un rôle à jouer pour promouvoir l'équité en santé sur la question du logement. « *Le secteur immobilier joue un rôle central dans la réalisation de projets qui améliorent les infrastructures locales, facilitent l'accès à l'éducation, aux services de santé et à l'emploi, et favorisent la cohésion communautaire, l'inclusion et le bien-être* », rappelle le document de l'IHE adressé aux bailleurs.

L'implication des communautés existantes et la consultation à l'échelle des quartiers sont essentielles pour atteindre ces objectifs. Ces démarches ont non seulement un impact significatif sur l'efficacité du système de demande de permis d'urbanisme, mais elles constituent également un levier positif pour orienter le développement. Il a aussi été démontré que la participation a un effet bénéfique sur la santé.

Pour améliorer la création d'environnements favorables à la santé, les urbanistes locaux et les professionnels de la santé publique sont incités à collaborer étroitement afin que les plans locaux reflètent les besoins sanitaires du territoire et intègrent des dispositions spécifiques concernant les infrastructures sociales, publiques, environnementales et sanitaires.

En effet, les environnements favorables à la santé se caractérisent aussi par un accès équitable aux espaces verts et bleus ; à l'éducation ; aux services de santé ; aux opportunités d'emploi ; aux commerces ; à un bon réseau de transports publics et aux modes de déplacement actifs ; ainsi qu'aux espaces communautaires, y compris les lieux publics et les équipements culturels, de loisirs et de détente.

Reste à voir comment les Marmot Places réussiront à mobiliser durablement les acteurs locaux, les communautés et les politiques publiques pour atteindre leur objectif ambitieux d'équité en santé.

Logement et santé mentale : en quête de repères

INITIATIVES

Le logement est un déterminant essentiel de la santé et de la santé mentale. Alors que les troubles psychiques sont prégnants chez les personnes mal logées, favoriser un suivi psychiatrique « hors les murs » de l'hôpital suppose le développement d'une offre de logement adaptée, essentielle dans le processus de rétablissement, notamment à la suite de parcours de vie traumatique.

► JULIE LUONG

« Le rôle originel d'un logement est de nous protéger contre les potentiels dangers liés aux éléments naturels. Dans les textes sur la survie en milieu hostile, la règle des 3 stipule que l'on ne peut survivre plus de 3 minutes sans respirer, 3 heures sans protection ni abri, 3 jours sans boire, 3 semaines sans manger et 3 mois sans relation sociale. On voit que le logement, ou l'abri ici, arrive en seconde position. Le logement est donc un aspect essentiel pour la survie de l'individu », rappelait Jean-Rémy Martin, docteur en sciences cognitives et philosophie. Le 26 mai dernier, il introduisait la journée d'échanges autour du logement dans le parcours de soins en santé mentale de Psicocap+, un projet européen qui encourage l'échange de bonnes pratiques entre partenaires belges et français.

Pas de rétablissement sans chez-soi

Psicocap+ s'inscrit dans la continuité du mouvement de désinstitutionnalisation amorcé en 2010 dans notre pays avec la réforme 107 et la mise en place des équipes mobiles. L'esprit de la réforme est de promouvoir le passage des soins en institution aux soins familiaux et communautaires dans le domaine du handicap psychique et de la maladie psychiatrique. *« Le constat est que même quand les personnes vont mieux, par exemple après une hospitalisation, elles vont rentrer dans des logements qui ne vont pas leur convenir et parfois se retrouver à vivre chez leurs parents à 50 ans, voire à dormir dans le garage de la maison familiale ou à la rue, rappelle Alexis Vanderlinden, coordinateur d' Alodgî, une APL (association de promotion du logement) pionnière en matière de logement pour les personnes avec des troubles de santé mentale. Le projet de rétablissement est donc souvent mis à mal par un mauvais logement quand ce n'est pas l'hospitalisation qui devient une réponse au mal-logement parce que les personnes n'ont nulle part où aller ».*

Établi dans le Brabant wallon, Alodgî comprend aujourd'hui trois bâtiments de 11, 6 et 5 logements destinés à des personnes qui souffrent de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques. Une « stigmatisation positive » qui permet de prendre en compte d'emblée la dimension de soin, tout en assurant une relative mixité sociale puisque certains habitants sont propriétaires de leur logement tandis que d'autres sont dans des situations de vulnérabilité financière importante. *« Les personnes avec des problèmes de santé mentale rencontrent souvent des problèmes de voisinage ou encore des difficultés dans la gestion des papiers, des loyers... détaille Alexis Vanderlinden. Dans nos habitations, elles ont la possibilité de bénéficier d'un bail ordinaire tout en étant accompagnées par notre service et par les voisins. Nous occupons donc la place d'un chaînon manquant entre les structures de soins avec hébergement (hôpitaux, Maisons de Soins Psychiatriques, Initiatives d'Habitation Protégée et Communautés thérapeutiques) et le logement privé ou social. »*

Sans être une équipe de soins, Alodgî entretient ainsi des liens privilégiés avec les acteurs de la santé mentale, ce qui permet d'activer rapidement certains leviers comme l'intervention d'une équipe mobile ou encore la rencontre avec un psychiatre. *« Il existe une quarantaine d'APL en Wallonie, mais assez peu d'équipes proposant à la fois un accompagnement au logement et un accompagnement en santé mentale »,* rappelle le coordinateur.

Ce projet repose aussi sur une dimension collective essentielle dans la désinstitutionnalisation : chez Alodgî, les habitants sont les premiers veilleurs, ceux qui pourront tirer la sonnette d'alarme si l'un d'entre eux se trouve en difficulté. *« Bien sûr, l'idée est d'entretenir une ambiance constructive et non de délation, insiste Alexis Vanderlinden. C'est pourquoi nous organisons des moments collectifs,*

comme un petit déj' par mois obligatoire pour les habitants, de même qu'une permanence hebdomadaire.» En complément du partenariat privilégié avec les acteurs du soin, cette dimension collective permet de limiter le risque de réhospitalisations. « Bien sûr, elles restent parfois nécessaires, précise-t-il. Mais lorsqu'on peut les anticiper et les accompagner, c'est beaucoup plus confortable que dans le cas d'une mise en observation qui se fait dans l'urgence et où le patient a l'impression de ne plus rien contrôler... »

Assuétudes et logement: l'œuf et la poule

« Réduire le logement à son rôle d'abri, de toit, serait méconnaître sa profondeur existentielle, cognitive, politique et éthique, ajoutait Jean-Rémy Martin dans le cadre de la journée d'échanges Psicocap+. Le logement est aussi, et surtout, un foyer potentiel: un lieu où peut se déployer l'existence, où l'être humain s'enracine, pense, se souvient et entre en relation avec l'autre. » Malheureusement, les parcours des personnes les plus vulnérables montrent aussi les liens étroits entre le passage dans ce que l'on nomme précisément des « foyers » et la vie à la rue, les séjours à l'hôpital ou en prison et la perte de logement, le lien entre addictions et difficultés à conserver un chez-soi. *« Pour nous, les assuétudes et le logement, c'est un peu l'œuf et la poule »,* résume Sophie Crapez, directrice de Comme chez nous, une absl carolorégienne qui fut l'une des premières à développer l'approche au fondement de « Housing first », à savoir la mise en avant du logement comme pierre angulaire du rétablissement.

« Parmi les personnes sans-abri que nous accompagnons, une bonne moitié présentent un parcours institutionnel qui rend la stabilisation en logement particulièrement compliquée, raconte Sophie Crapez. Or nous voyons le logement comme un élément déterminant de la santé globale, le socle pour construire le reste. En santé mentale ou en assuétudes, ce qui manque souvent, ce sont les repères. Et ce n'est que quand ces repères sont stables qu'on peut arriver à une forme de rétablissement, tandis que l'errance a tendance à provoquer et accentuer ces difficultés. » Comme chez nous fait aussi partie des services de première ligne qui ont récemment reçu le soutien de la Fondation Roi Baudouin dans le cadre d'un appel à projets visant à encourager les collaborations intersectorielles entre acteurs du logement (y compris le sans-abrisme) et de la santé mentale (y compris les assuétudes) afin de prévenir la perte de logement, d'accélérer la prise en charge, de mettre en place des solutions alternatives au manque de logement, mais aussi de soutenir la prise en charge des usagers, sans discrimination, à bas seuil.

Pour Sophie Crapez, s'il se veut positif, le processus de désinstitutionnalisation ne devrait en effet pas faire oublier la nécessité de maintenir l'accès aux soins. *« C'est toujours une question d'équilibre. La santé fonctionne sur deux pieds, analyse-t-elle. Le pied de l'ambulateur, avec la question du maintien et du soutien à domicile, mais aussi le pied de la gestion de la crise et de l'urgence. Il est en effet prouvé que plus la crise peut être prise en charge rapidement, plus le pronostic et la capacité de rétablissement seront élevés. Mais malheureusement, aujourd'hui, la plupart des dispositifs sont au bord de l'asphyxie. »*

Du trauma au mal-logement

Selon une étude de 2024, 30,1 % des personnes sans-abri auraient des problèmes de santé mentale tandis que quelque 28,8 % d'entre elles présenteraient des problèmes de dépendance.¹ *« Un grand nombre d'assuétudes voire de décompensation sont liées à des parcours traumatiques, souligne Sophie Crapez. Ce sont des trajectoires de vie qui sont dès le départ complètement biaisées. Or cette dimension du trauma liée à nos publics est totalement sous-considérée. »* Morgane Lottin, la coordinatrice d'Icar Wallonie, une association qui accompagne des femmes qui exercent la prostitution et des femmes détenues à la prison de Lantin – soutenue par la Fondation Roi Baudouin dans le cadre de l'appel à projets logement et assuétudes – livre la même analyse. *« Les femmes que nous accompagnons ont subi de multiples traumas, de par leur situation familiale de départ ou par la prostitution, par le fait qu'elles sont dans la précarité et donc dans des stratégies de survie constantes. Cela explique qu'elles peuvent tomber en dépression, en paranoïa, en persécution, mais aussi développer des troubles de la personnalité. »*



¹ Mertens, N., Demaerschalk, E. De Moor, N., Wagner, M., & Hermans, K. (2024). *Sans-abrisme et absence de chez-soi. Santé mentale et problématiques d'assuétudes*. Leuven: LUCAS KU Leuven.

Pour ces personnes « qui ne rentrent dans aucune case » ou au contraire dans de multiples cases diagnostiques, avoir un logement est une condition nécessaire pour comprendre l'origine de leurs souffrances et addictions. « *Quand ces femmes se retrouvent en hôpital psychiatrique, elles ne vont pas forcément pouvoir travailler sur elles, estime Morgane Lottin. Elles créent aussi des liens avec des personnes qui ne sont pas nécessairement bonnes pour elles. Quand elles sortent, la problématique a au mieux été endormie mais rien n'a été réglé.* » En créant de la stabilité mais

aussi de l'intimité, le logement permet aux personnes de se recentrer, pour pouvoir ensuite s'ouvrir vers l'extérieur. Encore faut-il assurer un « *accompagnement holistique* ». « *Certaines personnes n'ont pas eu de parents. Elles ne savent pas comment laver le linge, faire des courses... Certaines n'ont jamais eu de chez-soi : elles continuent à dormir par terre, dans le séjour, parce qu'elles ont peur,* rappelle Morgane Lottin. *Il est donc indispensable de pouvoir travailler avec elles, dans leur environnement.* » Car le logement n'est pas tout : il faut aussi pouvoir l'habiter.

Le territoire bruxellois cherche son échelle d'intervention

INITIATIVES

Les problématiques santé-social-logement s'imposent en Région bruxelloise. Dans la foulée de la mise en place du plan social santé intégré (PSSI), les acteurs associatifs et institutionnels se mobilisent à l'échelle du bassin, du quartier et du CLSS pour planifier l'offre et l'intensité de service selon les besoins du territoire, au nom de l'universalisme proportionné.

► CLOTILDE DE GASTINES

En 2025, Brusano a organisé des concertations thématiques avec les acteurs de la promotion de la santé dans les cinq bassins d'aide et de soins définis par le PSSI. Dans 4 bassins sur 5, des thématiques liées au logement sont apparues dans le top 3 des priorités. Les réalités locales ont beau être contrastées, des pistes d'actions communes se dégagent notamment pour capitaliser sur des pratiques existantes et réduire les inégalités de santé.

Dans le bassin Sud-Est, les professionnel·les ont souligné la nécessité d'intégrer explicitement les hébergements pour victimes de violences intrafamiliales dans les dispositifs d'urgence. Dans le bassin Centre-Ouest, la lutte préventive contre l'insalubrité des logements et l'augmentation des pathologies respiratoires est un enjeu majeur,

avec le non-recours aux droits. Dans le bassin Nord, les actions locales existantes (maisons médicales, mutuelles, service Beiti¹) ciblent aussi des problèmes de santé liés à l'insalubrité et l'accès à des logements adaptés pour les personnes âgées ou sans-abri. Tandis qu'au Sud, les participant·es ont mis en avant la surcharge administrative et les difficultés d'accompagnement qui sont des freins pour combattre l'isolement et améliorer les conditions de logement.

La synthèse de la dernière concertation relève aussi les difficultés de parler prévention-promotion de la santé dans un système curatif et de proposer un accompagnement à la dimension de chacun·e en raison de l'engorgement du système².

¹ Beiti est un service de logements accompagnés pour adultes porteurs de handicap, géré par Habitat Groupé Solidaire

² Pour en savoir plus sur le résultat des concertations, il faut se connecter sur les pages dédiées de chacun des bassins : brusano.brussels/bassins



Repère : Les inégalités de santé et de mortalité liées au logement

La capitale belge présente des inégalités de mortalité importante liées aux conditions de logement. L'espérance de vie varie de 3 ans entre les quartiers les plus riches et les plus pauvres. « *Les personnes vivant dans les secteurs les plus défavorisés ont un risque de mortalité prématurée 96 % plus élevé chez les hommes et 78 % chez les femmes comparé aux zones les moins défavorisées* » estime l'étude menée par Martina Otavova de Sciensano dans le cadre du projet ELLIS (Monitoring and Mitigating Environmental Health Inequalities). En analysant les données de mortalité entre 1991 et 2019, couplées à des indicateurs de privation (moins de 0,5 pièce par personne, absence de chauffage central ou de salle de bain, statut de locataire...), l'étude révèle aussi une vulnérabilité genrée. « *Bien que les inégalités aient diminué chez les hommes, elles persistent chez les femmes* ».

La chercheuse conclut que « *le logement ne doit pas être considéré uniquement comme un reflet du statut socioéconomique, mais comme un facteur de risque direct (physique, psychologique et social). Un nombre substantiel de décès aurait pu être évité si les conditions de logement avaient été homogènes et favorables à l'ensemble de la population* ».

Ces concertations ont déjà permis de dégager des pistes d'action concrètes en termes de formations pour les professionnel·les non spécialistes. L'idée a également émergé de créer des répertoires locaux et un « Village Logement » pour outiller les acteur·rices. Des groupes de travail thématiques planchent sur la manière de favoriser au mieux la mutualisation et l'interdisciplinarité. Enfin, les démarches communautaires ont fait la preuve de leur efficacité, que ce soit le parrainage entre habitant·es, la co-construction d'outils participatifs, ou encore la reconnaissance des savoirs expérientiels. L'offre locale est parfois riche mais peu visible : les activités logement existent mais sont méconues du public ou sous utilisées.

Vers une offre plus territorialisée et plus juste

Le PSSI encourage une approche territorialisée, où les diagnostics de quartier doivent intégrer la question du logement comme facteur de vulnérabilité et déterminant de la santé. En avril dernier, le Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (CREBIS) a publié une étude pour préfigurer l'offre socio-sanitaire « idéale » en lien avec le CBCS, Conseil bruxellois de coordination sociopolitique.

« *Travailler à l'échelle du bassin, n'est pas chose facile. Le CBCS et CREBIS ont voulu s'inscrire dans une dynamique*

plus proche du quartier, pour mieux cerner les besoins locaux, notamment en creusant la question de l'universalisme proportionné, explique Karine Boussart, chargée de projet et de recherche pour ces deux instituts. *Faute de temps et de moyens, nous avons travaillé sur trois quartiers de Bruxelles : les Marolles, Evere Sud et Koekelberg, choisis pour leurs profils très différents. L'idée était de voir ce qui pouvait réunir ces quartiers en termes de besoins de base, pour préfigurer une offre à généraliser à l'ensemble de Bruxelles* ».

Marolles, Evere Sud et Koekelberg connaissent une précarité importante, mais avec des paramètres différents : origine de la population, âge moyen (Evere plus âgé, Koekelberg plus jeune), dynamique de croissance (Evere en forte croissance, Marolles plus stable), et densité associative (Marolles très riche, Evere beaucoup moins).

Viser la justice spatiale

Dans ces trois quartiers, les populations précaires vivent une crise du logement, souvent en raison de l'insalubrité (humidité, nuisibles, etc.). La peur de perdre leur logement empêche de nombreux résidents de signaler des problèmes, exacerbant leur précarité. La pénurie de logements sociaux et les critères rigides d'attribution rendent l'accès à un logement stable difficile, surtout pour les familles nombreuses ou les personnes avec des besoins spécifiques.

L'étude met en lumière la nécessité d'une coordination intersectorielle pour améliorer l'accès et la continuité des soins. Elle souligne aussi l'importance de diagnostics communautaires et de plans d'action locaux pour une meilleure articulation entre les politiques régionales et locales. « *Déterminer des objectifs, c'est aussi revenir à un diagnostic réaliste et viser des actions atteignables* », précise le chercheur Jacques Moriau, co-directeur scientifique du CREBIS.

« *L'implémentation de l'offre de base est un travail en cours, cela prendra du temps*, constate Karine Boussart. *Il y a déjà beaucoup d'initiatives sur le terrain, mais il faut d'une part viser une justice spatiale dans la mise en place de l'offre,*



Koekelberg

et d'autre part, réfléchir à la manière dont le secteur de la promotion de la santé peut se territorialiser, ce qui n'est pas encore un axe fort de sa pratique» dit la chercheuse.

Une nouvelle recherche est en cours sur trois nouveaux territoires: Watermael-Boitsfort (qui concentre des poches de pauvreté), Collignon (à Schaerbeek) et Laeken Sud, avec un rapport attendu pour mars 2026.

L'échelle micro: le défi des contrats locaux social-santé

Les actions locales (Contrats Locaux Social-Santé – CLSS) incluent des axes pour renforcer la prévention de la perte de logement et des expulsions (accompagnement social, médiation, aide juridique); favoriser l'accès aux droits et aux services liés au logement; mieux articuler les dispositifs d'aide sociale, de santé et de logement.

À Molenbeek, des acteurs engagés travaillent au plus près des habitants. « Parler de logement, ça permet vraiment à la personne de se sentir prise dans sa globalité. On ne peut pas séquencer certains dossiers », explique Marilia Assad de Oliveira, chargée de projet du CLSS de Gare de l'Ouest. Sur le terrain, les acteurs de son territoire se sont adressés aux jeunes de 12 à 25 ans, en errance, confrontés à des violences intrafamiliales ou tout simplement en quête de décohabitation.

Dans le CLSS Molenbeek historique, l'ASBL La Rue a monté un projet spécifique pour prévenir les expulsions. « Travailler en amont, avant qu'il y ait des drames, c'est essentiel, surtout quand on sait qu'une personne expulsée met en moyenne deux à trois ans pour se stabiliser de manière pérenne dans un autre logement, avec tous les impacts que cela va avoir sur son état de santé global », décrit Liliane Uwamahoro, chargée de projet CLSS au CPAS de Molenbeek.

La Rue développe des activités de santé communautaire: des permanences logement, un groupe papote pour briser l'isolement, une table de tricot, mais aussi un plaidoyer avant chaque élection communale en lien avec la maison de quartier Bonnevie, autre acteur historique du quartier qui a produit plusieurs films documentaires ou docu-fiction avec le Centre Vidéo de Bruxelles.

« Nous organisons des jeudis du logement avec le syndicat des locataires, cela nous permet "d'hameçonner" les personnes sur cette problématique et de les accompagner ensuite dans leur globalité » explique Cécile Lepad, travailleuse sociale à l'asbl LaRue, qui propose notamment des visites à domicile pour expertiser la salubrité du logement et des diagnostics avec des experts en rénovation. Grâce au financement du CLSS, la Rue a monté le projet « Ensemble on va booster ton et mon chez moi » pour associer logement et santé mentale, en partenariat avec le centre de santé mentale Dieda (« d'ici et d'ailleurs »). Elle insiste sur l'importance de l'*outreach*, ce premier pas pour aller vers

les personnes, et la nécessité de travailler en réseau pour être capable de les réorienter efficacement selon leurs besoins. « L'idée est de faire avec, pas de faire pour, et la qualité et le temps d'accompagnement ont un impact très fort sur la réassurance des personnes » constate la travailleuse sociale, qui se dit inquiète pour l'avenir, en raison des mesures d'austérité prises par l'Arizona: « déjà qu'aujourd'hui ça déborde de partout » conclut-elle.



Pour aller plus loin

- Boussart, K., Marziali, V., Moriau J., *Note de synthèse du rapport de recherche sur l'accompagnement à la mise en place du PSSI – Étude pilote sur l'offre de base*, CBCS/Crebis, 2025
- L'étude du Rassemblement Bruxellois pour le Droit à l'Habitat intitulée « **Aîné-es à Bruxelles: revenus, logement et mobilités résidentielles** »
L'étude souligne le manque de logements adaptés et abordables pour les personnes âgées. Bruxelles est une région jeune, mais le nombre de personnes âgées y augmente, avec une espérance de vie en hausse. Les aîné-es bruxellois-es sont souvent confronté-es à des revenus faibles, notamment les femmes et les personnes seules. 10% des aîné-es vivent en logement social, mais beaucoup restent locataires sur le marché privé, souvent précaire. Les mobilités résidentielles sont limitées, souvent contraintes par des expulsions ou des entrées précoces en institution. Le vieillissement s'accompagne de fragilités multiples: santé, isolement, précarité énergétique. Les parcours résidentiels sont marqués par des inégalités fortes, notamment pour les personnes sans-abri ou sans-papiers.
- La page Santé et insalubrité sur habitoools.be rassemble une série de ressources pédagogiques et pratiques autour des enjeux de santé liés à l'habitat, en particulier dans le contexte du mal logement en Région de Bruxelles-Capitale:
 - guides pratiques avec des fiches thématiques sur la salubrité, l'humidité, les nuisibles, comme *Ma Casa bon vivre*, qui abordent les risques liés à l'habitat de manière didactique;
 - fiches interactives ludiques pour sensibiliser aux pollutions intérieures et aux gestes de prévention;
 - jeux pédagogiques comme *Home Sick Home*, qui simule les démarches à suivre face à des problèmes sanitaires dans le logement;
 - supports vidéo et kits d'animation sur les produits d'entretien naturels ou les perturbateurs endocriniens.

Housing First à Bruxelles :

des avancées mais un pan social en suspens

INITIATIVES

La Belgique s'est engagée à mettre fin au sans-abrisme d'ici 2030, en s'appuyant notamment sur le programme Housing First. C'est sans compter des obstacles de taille : la pénurie de logements abordables, la fracture numérique et la complexité administrative et institutionnelle exacerbée par l'absence de gouvernement à Bruxelles.

► CLOTILDE DE GASTINES

À la fin de la mandature précédente, la Secrétaire d'État au Logement bruxelloise Naval Ben Hamou et le Ministre de l'Action sociale Alain Maron ont fait passer une décision importante pour le secteur du sans-abrisme : les Sociétés immobilières de service public (SISP) doivent désormais consacrer 3 % des attributions des logements sociaux à des bénéficiaires Housing First, une proportion qui grimpe à 6 % à partir de 2028 (les agences immobilières sociales (AIS) ne sont pas soumises à ce quota).

Être «housing-firstable»

Housing first – littéralement «le logement d'abord» est un programme réservé aux personnes qui cumulent le fait d'être sans chez-soi et d'avoir des addictions sévères ou des troubles psychiques sévères. Conçu à New York dans les années 1990, le programme repose sur un constat : il est impossible de sortir de la dépendance tant qu'on vit à la rue.

Le principe du programme consiste donc à offrir un logement permanent sans condition préalable, avant d'accompagner la personne selon ses besoins psycho-médico-sociaux. Contrairement aux parcours traditionnels où le logement arrive en dernier, Housing first considère le logement comme un droit fondamental et un point de départ vers la réinsertion.

Ce modèle repose sur huit principes-clés : droit au logement, choix des usagers, séparation entre logement et traitement, accompagnement orienté vers le rétablissement, réduction des risques, engagement sans coercition, centrage sur la personne, et accompagnement sur 18 mois au moins.

Relink First en difficulté

L'absence de gouvernement à Bruxelles et de vote d'un budget régional a mis en suspens les activités de l'asbl Relink First au début de l'été. L'association, qui travaille sur subsidie facultatif, déploie des actions communautaires pour aider tous les bénéficiaires bruxellois du programme HF à créer du lien social.

« Relink First est un programme transversal pour tous les opérateurs HF, qui est né au sein du Smes (Santé mentale et exclusion sociale), à la suite d'un diagnostic communautaire pour voir quelles difficultés persistaient chez les bénéficiaires malgré un maintien réussi dans leur logement » décrit Isabella Reati, chargée de projets Relink, qui a réalisé ce diagnostic. Il en ressort que : « la pauvreté du réseau social autour des personnes bénéficiant du programme ne leur permet pas de reprendre pleinement le contrôle de leur vie : avoir des ressources en cas de problème, être plus solide et adaptable. Dans un sens, aller au-delà de la survie ».

Relink les aide alors à reprendre contact avec leur famille, à bouger, à partager des moments collectifs autour d'un repas, d'un jeu ou d'une activité artistique : un accompagnement séparé du médico-social, « sinon l'urgence prend le pas sur le lien social » explique la responsable, dont les actions visent le rétablissement global, la ré-affiliation sociale, l'élargissement du réseau et du pouvoir d'agir des personnes, apportent des solutions durables et préventives pour la sortie définitive de la rue.

Dans un premier temps, Relink first a organisé ces rencontres à l'Espace 51 – un lieu de liens de Schaerbeek –



« le moins possible étiqueté santé mentale ou sans abrisme ». Puis Relink first s'est constitué sous forme d'asbl en 2023 et a rejoint un local mis à disposition par la commune d'Uccle, qu'elle partage avec l'asbl DoucheFLUX. Pour le moment, l'équipe réduite à portion congrue parvient à organiser deux activités par semaine et lance un appel aux acteurs et aux citoyens qui souhaiteraient y proposer des activités.

Housing First: un programme qui porte ses fruits

Depuis la crise du Covid, le nombre de personnes sans chez-soi augmente en Belgique : 20 000 en Wallonie et près de 9 800 en région bruxelloise. Et les réformes annoncées du chômage et la suppression du soutien du gouvernement fédéral au plan grand froid inquiètent le secteur.

Pour les personnes « housing-firstables », le modèle Housing First s'est imposé comme une alternative crédible aux dispositifs classiques d'insertion par paliers, souvent inefficaces pour les personnes cumulant des années de vie en rue et des assuétudes. En mai dernier, Inter-Environnement Bruxelles consacrait d'ailleurs au programme un numéro spécial de la revue « Bruxelles en mouvement ».

Il dresse un panorama passionnant du dispositif, 13 ans après son lancement : ses résultats, ses limites et ses liens avec le secteur de la promotion de la santé. Le Plan de lutte contre la pauvreté a permis l'expérimentation du HF dès 2012 en Belgique. Entre 2013 et 2016, trois villes (Hasselt, Molenbeek-Saint-Jean et Namur) ont testé le modèle. Résultat : 86 % des personnes logées étaient toujours

hébergées après trois ans. Depuis, 25 projets HF ont vu le jour en Belgique avec des taux de réussite similaire.

À Bruxelles, Infirmiers de rue et le Smes ont été les pionniers. Le programme s'est étendu avec DUNE, DoucheFLUX, Médecins du Monde et le Samu Social. Aujourd'hui, sept opérateurs sont actifs dans la région, coordonnés par le Housing First Belgium-LAB, une structure publique qui favorise le partage d'informations et la solidarité entre acteurs.

Une approche centrée sur la santé et le lien

Infirmiers de rue insiste sur l'importance du lien : « Il faut parfois des mois, voire des années, pour établir une vraie confiance. L'hygiène peut amener au médical, le médical au social. Rouvrir les droits au CPAS est souvent une bonne accroche », explique Gaëlle Guerrero, coordinatrice du programme « My Way » dans Bruxelles en mouvement.

Certains opérateurs HF (Smes, DoucheFLUX, Médecins du Monde, Dune) sont désormais reconnus comme opérateurs de promotion de la santé en raison de leurs actions sur la réduction des risques, l'outreaching, la formation et la participation des publics. L'asbl DUNE, par exemple, a intégré le HF dans son approche globale de la santé. Son équipe pluridisciplinaire (infirmiers, assistants sociaux, psychologues) agit sur les leviers sociaux, communautaires et médicaux pour améliorer l'accès à la santé.

Quant à DoucheFLUX, son agrément permet de financer le projet d'accompagnement baptisé « Horizon Fxmms », qui est dédié aux femmes et aux personnes s'identifiant comme femmes, dans le but de lutter contre les violences basées sur le genre.

Alors que le modèle Housing First a démontré son efficacité, il reste urgent de consolider son volet social et communautaire pour donner des perspectives aux acteurs et donner des garanties à une sortie durable de la rue, fondée sur les liens sociaux et la santé.



Pour aller plus loin

- **Bruxelles en Mouvements** n°336, Dossier spécial Housing First.
- Vieillir sans logement. Comment vivent nos aînés sans chez-soi ? RBDH, rbdh-bbrow.be/IMG/pdf/RBDH_etude_personnes_agees_part_2_FR_A5_2025_09_04.pdf

- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be



Avec le soutien de :

