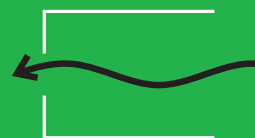
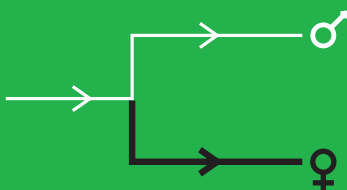
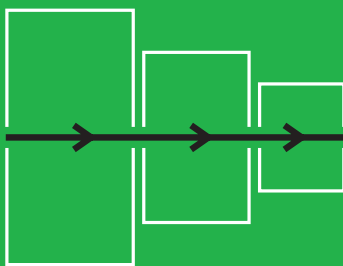
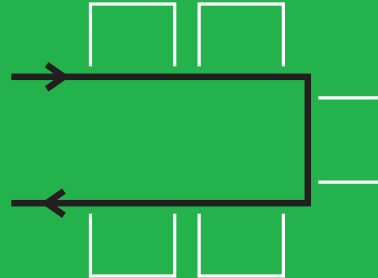
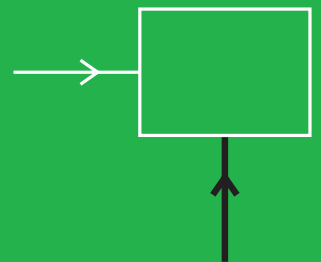


Design social et enquête collective

Metrolab Logbook

Louise Carlier
Mathieu Berger
(eds.)



Metrolab series

Design social et enquête collective

Les espaces d'accueil et de soin

Metrolab Logbook

**Louise Carlier
Mathieu Berger
(eds.)**

Introduction	5
Croiser les démarches sociologique et architecturale, au nom de l'hospitalité des espaces d'accueil — M. Berger & L. Carlier	
<u>Partie I: Codesign & espaces de soin</u>	
Repenser ensemble les espaces de santé — M. Ranzato & M. Vignes	15
Concevoir le paysage thérapeutique d'un centre socio-sanitaire intégré. Agencement, ambiances des locaux et circulations — M. Vignes	33
<u>Partie II: Enquête collective & espaces d'hospitalité</u>	
Avant-propos	57
Espaces d'hospitalité dans le Quartier Nord — L. Carlier & A. Printz	61
Moving out/Fitting in: Penser ensemble le déplacement du Hub Humanitaire — M. Lemaître d'Auchamp & M. Ranzato	73
Bruxelles-Nord: les politiques de la ville au défi de l'hospitalité — M. Berger	85
Conclusion	93
La contribution des enquêtes socio-spatiales aux enjeux d'inclusion — M. Berger & L. Carlier	
Colophon	104

Partie I

Codesign & espaces de soin

Repenser ensemble les espaces de santé

– Marco Ranzato & Maguelone Vignes

Concevoir le paysage thérapeutique d'un centre socio-sanitaire intégré. Agencement, ambiances des locaux et circulations

– Maguelone Vignes

Repenser ensemble les espaces de santé

Marco Ranzato & Maguelone Vignes

Introduction

Avec un ensemble de partenaires des secteurs de la santé et de l'aide sociale, Médecins du Monde (MDM) crée deux Centre Santé-Social Intégrés (CSSI) à Bruxelles, dans le cadre d'un projet soutenu par la politique du Fonds Européen de Développement Régional (FEDER) 2014-2020. L'ambition de ces deux centres est de « construire des nouveaux modèles de prise en charge intégrée des problématiques sociales et de santé, pour une population à mixité sociale et culturelle, qui contribue à son intégration sociale » (Médecins du Monde, 2016, p.2). Les deux seront implantés dans deux quartiers du « Croissant Pauvre » bruxellois, autour du canal Charleroi-Bruxelles : l'un à Molenbeek Saint-Jean et l'autre à Cureghem, dans la commune d'Anderlecht (Figure 1).

Deux grands objectifs se dégagent de l'ambition de créer une « prise en charge intégrée » : d'une part, être accessible à un public aux profils socioéconomiques et culturels divers et d'autre part, aménager des collaborations rapprochées entre des professionnels de secteurs différents. La présence en un seul lieu – sous le même toit – d'activités de soins de première ligne, de santé mentale et de service sociaux est vue comme le moyen de faire reposer les efforts de coordination (pas seulement financiers) des parcours de soins et d'orientation dans l'offre de services sur les épaules des professionnels des centres plutôt que sur celles des usagers éventuellement fragilisés par une arrivée récente à Bruxelles et/ou par des situations complexes où les problèmes de santé se mêlent aux difficultés socio-économiques. C'est le modèle dit du « guichet unique » (*one-stop service*

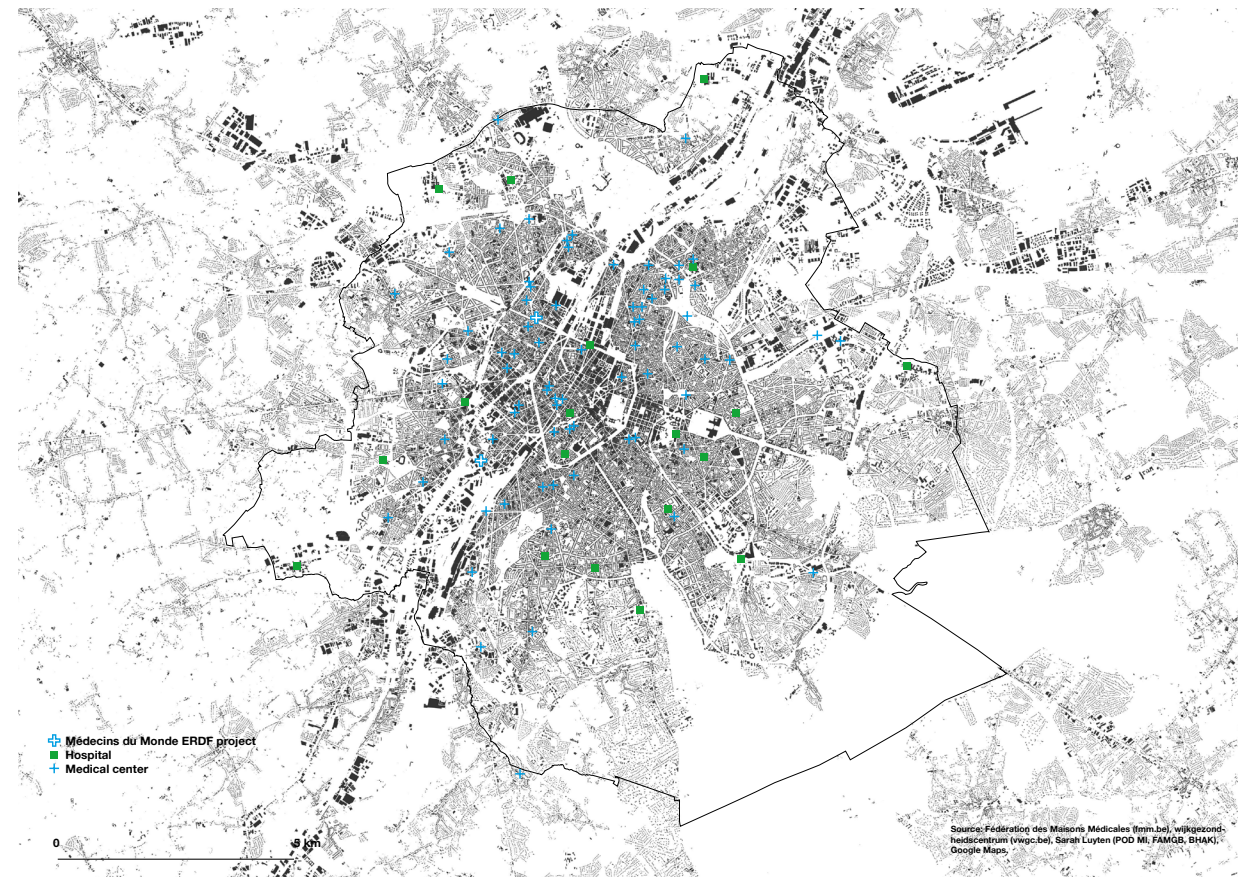


Figure 1. Équipements de santé à Bruxelles et position des deux futurs CSSI.

delivery) (Chantraine Demailly, 2008; Memon & Kinder, 2017). Cette stratégie intervient dans le contexte d'une offre de soins de première ligne et d'aide sociale difficilement lisible et visible dans la ville (Vignes, 2015, 2017).

Les deux processus de construction du projet – le projet de briques (achat des bâtiments, relations avec le maître d'œuvre, conception architecturale des bâtiments), et le projet d'équipe (choix de valeurs communes et d'une organisation du travail) – sont menés conjointement mais le temps disponible est très limité. À Cureghem, le nouveau centre sera situé dans le cadre du nouveau complexe résidentiel CityGate 1 portée par CityDev¹. Le cahier des charges devait être disponible au plus tôt. À Molenbeek, le nouveau centre sera situé à Ribeaucourt, dans un site de 3600 m² acquis par Solidarimmo, asbl en charge de la gestion immobilière du projet. Dans les deux cas, selon les règles du FEDER, le financement disponible doit être dépensé avant 2023.

¹ Citydev.brussels est une institution publique régionale dont l'objectif est le développement urbain et économique de la Région. Il a notamment en charge le développement de logements conventionnés à destination de la classe moyenne, à prix attractifs.

Pour la réflexion sur la conception des locaux qui vont accueillir les deux CSSI, MDM a sollicité le Metrolab.Brussels. La collaboration s'est incarnée dans une équipe composée par la coordination du projet au sein de MDM et deux chercheurs du Metrolab, un architecte et une sociologue. Cette équipe a conduit deux parcours complémentaires qui s'articulent autour des ateliers de co-design. Chacun a permis d'investiguer des aspects différents de la conception des locaux des deux CSSI : d'une part, concernant le cas de Cureghem, l'agencement, les ambiances et les circulations dans les locaux et d'autre part, concernant le cas de Molenbeek, les liens entre les processus de coordination des parcours de soins et les espaces de soins et d'accompagnement.

Au cours des différents ateliers, dans l'esprit du co-design (voir Van Rijn and Stappers, 2008), les professionnels – en tant qu'usagers des futurs centres, avec les patients et bénéficiaires – ont participé non pas comme auditeurs mais plutôt en tant qu'« experts de leur propre contexte », c'est-à-dire comme ceux qui, précisément parce qu'ils sont des utilisateurs, connaissent mieux que d'autres les dynamiques de travail, les limites et les qualités des espaces disponibles. Par conséquent, l'exercice a été de les mettre dans les conditions de discuter et de concevoir les principes de base pour le développement du projet à venir.²

Le travail sur le projet de collaboration a été jugé nécessaire précisément parce que, bien que le système du guichet unique soit une importante forme d'accès aux soins de santé, et que l'intégration soit très discutée (voir par exemple Memon & Kinder, 2017), les réflexions sur l'espace manquent dans ce domaine.

Le processus de design collaboratif – ou co-design – a contribué à mettre en évidence les différentes possibilités d'intégration et conduit les équipes à se positionner par rapport aux formes et degrés qu'elles souhaitent lui donner. En d'autres termes, s'agissait-il seulement de réaliser des économies d'échelle en partageant des locaux, de mettre en commun également des fonctions de support administratif, du matériel et des salles de réunion, de se lier davantage en s'adressant à des patients/usagers ou en réalisant des suivis individuels conjoints, ou d'aller plus loin encore dans l'intégration en partageant un système d'information, en définissant des missions et valeurs communes, ou en organisant des services et activités conjoints ? L'élaboration de ces choix et celle de la forme des locaux ont été réalisées de manière interdépendante.

Intégration des soins et formes spatiales

Des formes d'intégration des soins et de l'aide sociale ont vu le jour à Bruxelles – services interstitiels ou réseaux – dans l'objectif de proposer une offre de soins diversifiée, correspondant à la diversité des pratiques de recours aux soins (Devlésaver, 2018a).

Que ce soit dans le secteur de la santé ou dans celui de l'aide sociale, le modèle du guichet unique est reconnu comme l'un des procédés qui permettent

² Les patients n'ont pas été impliqués en raison de contraintes de temps.

de mettre en œuvre l'intégration horizontale³ – c'est-à-dire ciblant une même population – à côté d'autres tels que la présence de *case managers*, le travail en équipes multidisciplinaires, l'utilisation de plateformes collaboratives d'échange d'information (Schrijvers, 2017). Des processus d'intégration sont en cours à la fois dans le secteur de la santé et dans le secteur social, mais les deux processus avancent plus ou moins de manière indépendante (ibid.). L'intégration horizontale de services de santé et d'aide sociale reste encore largement à documenter (ibid., 104). Les soins intégrés (*integrated care*) ne sont pas un concept nouveau : la littérature anglo-saxonne a parlé aussi de *coordinated care*, *comprehensive care*, *seamless care* ou *shared care*. S'il a d'abord été appliqué aux soins chroniques et aux soins primaires, le concept s'ouvre désormais à une compréhension plus large, intégrant la santé mentale, les soins informels, les soins palliatifs et l'intégration entre les lignes de soins (Belche, 2016). Mais surtout, en accord avec la progression de la réflexion sur les déterminants sociaux de la santé, l'intégration des services de santé et ceux du secteur social représente aujourd'hui un enjeu majeur.

Selon Valentijn *et al.* (2013) il existe plusieurs formes et plusieurs degrés d'intégration allant de l'intégration horizontale – soit le lien entre des niveaux similaires de soins – jusqu'à l'intégration normative – soit le partage des missions et valeurs de travail au sein d'un système (voir Tableaux 1).

Intégration	
horizontale	Lien entre des niveaux similaires de soins
verticale	Lien entre des niveaux de soins distincts
systémique	Alignement des règles et stratégies au sein d'un système
organisationnelle	Coordination de services entre plusieurs métiers et disciplines
professionnelle	Coordination de services entre plusieurs métiers et disciplines
clinique	Coordination de services de soins
fonctionnelle	Coordination des fonctions de support et administratives
normative	Partage des missions et valeurs de travail au sein d'un système

Tableau 1. Formes d'intégration des soins, selon Valentijn *et al.* (2013).

3 Par « intégration horizontale », Schrijvers (2017) désigne une organisation par laquelle tous les professionnels travaillent auprès d'une même population (pour une pathologie déterminée ou sur un territoire délimité par exemple) et partagent un même référentiel, (par exemple, le paradigme médical : anamnèse, diagnostic, thérapie et évaluation du résultat). Elle se distingue de l'intégration verticale, pour laquelle les populations sont différentes et les paradigmes de référence sont distincts.

De même, il existe plusieurs degrés d'intégration, qui vont de l'absence d'intégration à l'alignement (partage de valeurs et de missions) et à la coordination (mise en cohérence d'une ou plusieurs activités) jusqu'à la complète intégration (mise en œuvre commune de toutes les activités et de la gouvernance). A. Memon et T. Kinder décrivent par ailleurs la progression de la coordination vers l'intégration en considérant différentes modalités dans la mise en commun de fonctions, de projets ou de services (voir Figure 2).

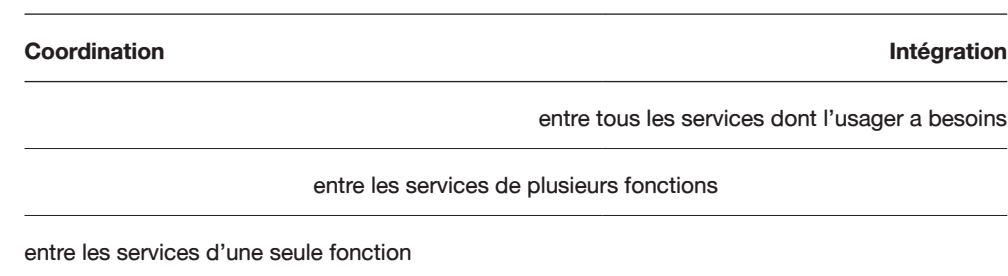


Figure 2. De la coordination à l'intégration des services, tiré du cadre d'analyse de l'innovation dans le travail sous un même toit de Memon & Kinder (2017, 5).

Les avantages de la réunion de services sous un même toit ont été largement décrits comme une piste vers l'intégration. L'objectif de réduction des coûts, qui apparaît comme la principale motivation du choix de cette forme de service, a amplement été discuté dans le domaine du management (Memon & Kinder, 2017). Mais l'intérêt du travail sous un même toit (*co-location*) a également été mis en évidence pour susciter l'innovation dans les services (ibid.), ce qui est une ambition du projet de CSSI. En particulier, la co-location peut permettre d'élaborer des valeurs partagées, de soutenir des situations de co-présence permettant l'expression et la réception du langage corporel et ainsi l'augmentation de la confiance mutuelle, de même que des interactions sociales directes et répétées (ibid.).

Cependant, dans l'étude de Memon et Kinder, la co-location est présentée comme se suffisant à elle-même, sans plus de détail sur les formes spatiales qu'elle prend, ni sur leur rôle spécifique dans le soutien aux processus d'intégration du travail. Le travail sous le même toit ne fait pas de différence si le personnel continue à travailler en silo, sans intégration (Memon & Kinder, 2017). En d'autres termes, ce n'est pas parce que les gens travaillent au même endroit qu'ils se parlent, construisent une connaissance et une confiance mutuelles, élaborent des valeurs partagées et finalement, travaillent ensemble.

Jusqu'à présent, peu d'attention a été portée à la manière dont les espaces de soins sont conçus, aménagés et réaménagés au fur et à mesure des usages (Martin, Nettleton, Buse, Prior, & Twigg, 2015 ; Water, Wrapson, Reay, & Ford, 2018). A cet égard, l'hôpital a davantage été pris pour objet que les centres de soins ambulatoires (Contesse & Kusendova, 2009 ; Gesler, Bell, Curtis, Hubbard, & Francis, 2004 ; Heath, Greenfield, & Redwood, 2015 ; Vaguet, Lefebvre, & Petit, 2012). On peut étendre cette observation aux lieux de soins

de santé primaire ou de « première ligne »⁴. Cette attention pour l'architecture hospitalière est le reflet d'un paradigme de la santé centré sur les soins aigus, la prise en charge des maladies infectieuses, et orienté vers la guérison (Foucault, Thalamy, Barret-Kriegel, Béguin, & Fortier, 1979). Là, le schéma d'intervention est de type linéaire : maladie aiguë, prise en charge médicale hospitalière, guérison et sortie de l'hôpital. Or, ce paradigme de l'organisation des soins est en cours de basculement sous l'effet des transformations épidémiologiques et sociales.

D'un point de vue épidémiologique, les maladies chroniques et les comorbidités⁵ se développent et touchent un nombre croissant de personnes, au point d'en faire « le défi du siècle »⁶ ou un défi pour le système des soins de santé (Grimaldi, Caillé, Pierru, & Tabuteau, 2017 ; Mertens, Paulus, & Van Den Heede, 2012 ; Rumball-Smith *et al.*, 2014). Leur essor, ainsi que le vieillissement de la population, contribuent à estomper les frontières entre santé et maladie : chacun est amené à prendre soin de lui-même au quotidien, pour maintenir son état de santé et prévenir l'apparition de récurrences ou de maladies connexes. L'objectif n'est plus de « guérir » mais de « vivre avec » une maladie ou un risque de maladie⁷.

De même, maladies chroniques et co-morbidités contribuent à transformer la relation médecin-patient. D'un « colloque singulier », largement documenté en sociologie et santé publique (Fainzang, 2013 ; Fournier & Kerzanet, 2007) elle évolue vers une relation entre un patient (éventuellement accompagné d'aidants-proches) et un ensemble de divers prestataires de soins, chacun étant spécialisé dans un domaine. La première ligne de soins, moins centrée sur la pathologie que sur la santé globale de la personne, plus proche de ses lieux de vie quotidienne, est reconnue comme l'échelon auquel peut être réalisée la coordination des soins délivrés alternativement par ces différents prestataires en divers lieux (hôpital général, centre spécialisé, cabinet, domicile) et celui à même de veiller à ce que les soins proposés soient cohérents avec les besoins de la personne et puissent s'appuyer sur les ressources de l'environnement dans lequel elle vit (De Maeseneer, Aertgeerts, Remmen, & Devroey, 2014 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

- 4 Les « soins de santé primaires » ou « soins de première ligne » sont entendus ici au sens de la définition de l'OMS : « Ils sont le premier contact des individus, familles et communautés avec le système de santé national, prodiguant des soins aussi près que possible de l'endroit où les personnes vivent et travaillent, et constituent le premier maillon d'un processus continu de soins de santé », Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 / jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. World Health Organization.
- 5 Le terme « co-morbidité » renvoie à la présence de plusieurs pathologies chez une même personne, on désigne par « maladies chroniques » les affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement (selon l'OMS), qui ne guérissent pas spontanément et dont la guérison est rarement complète (Sciensano). Sources : https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/ et <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/maladie-chronique>, consultés le 25 juin 2019.
- 6 L'irruption du coronavirus Sars Cov-2 remet en question ce basculement maladies infectieuses / maladies chroniques, mais démontre bien par ailleurs l'intérêt d'une première ligne de soins solide et bien reliée à l'hôpital, y compris face à une maladie infectieuse telle que la Covid 19.
- 7 Les personnes malades chroniques représentent plus d'une personne de plus de 15 ans sur 4 en Belgique en 2013, tandis qu'à partir de 65 ans, plus d'une personne sur trois souffre d'au moins deux affections chroniques (Van der Heyden & Charafeddine, 2013). Pour elles, l'alternance de phases de maladie et de phases de bonne santé devient un schéma de vie courant. Corrélativement, au niveau de l'organisation des soins, le haut degré de spécialisation par organe et par pathologie dessine une offre de soins fragmentée qui montre ses limites dans le suivi de polyopathologies (Van der Heide *et al.*, 2015). Son action est également limitée pour soutenir les personnes dans la prévention des complications dues aux maladies chroniques et la gestion de l'enchaînement d'épisodes aigus avec des phases de bonne santé.

Avec ces transformations, s'amorce un mouvement de (re)localisation de services de soins en cœur de ville⁸, qui interroge à la fois l'urbanisme et l'architecture dans leur contribution à la santé et l'accueil de populations en situation de vulnérabilité. Quelle forme prend un centre de soins intégrés de première ligne pour exprimer et idéalement permettre la mise en œuvre de l'ensemble de ces transformations : des soins intégrés à des services d'aide sociale et centrés sur la personne, dans une définition de la santé élargie aux déterminants sociaux et soucieuse d'être intégrée au quotidien des personnes ? Plus précisément, comment les professionnels qui vont travailler ou pourraient travailler dans ces centres se représentent-ils la façon dont les locaux sont susceptibles de soutenir l'accueil, l'accompagnement social et les soins pour des publics différents, comprenant des personnes en situation sociale de vulnérabilité ?

L'expérience de la mise en place de deux CSSI par MDM à Bruxelles est importante dans le contexte actuel dit de « transition épidémiologique », dans lequel se multiplient les comorbidités et maladies chroniques, qui invite à rapprocher les soins du quotidien des personnes, en les réintégrant dans la ville, (à l'inverse des options hygiénistes qui plaçaient les hôpitaux en périphérie des villes), dans des zones centrales qui mêlent logement, services, emploi, ou lieux de sociabilité. L'accueil se joue également là : dans la proximité avec les populations. De plus, dans le contexte actuel de creusement des inégalités socio-économiques, qui touche en particulier les zones de Cureghem et de Molenbeek de manière défavorable, les difficultés sociales et financières viennent se conjuguer aux problèmes de santé, créant ainsi des situations individuelles complexes. Les CSSI de MDM font ainsi partie d'un éventail de solutions innovantes pour mettre en place une offre de soins globaux, afin qu'une variété de publics puisse trouver réponse à ses besoins.

Deux pistes de conception collaborative pour des questions transversales

Le CSSI de Molenbeek rassemblera en un seul lieu diverses structures des secteurs de la santé et de l'aide sociale qui existent déjà (Devlésaver, 2018b)⁹, tandis que dans celui de Cureghem, l'équipe et les activités qui s'installeront restent à déterminer. A Molenbeek, le centre « visera à offrir des soins de santé et des services sociaux de première ligne aux habitants du quartier, et des services plus spécifiques à une population plus étendue. Il développera également des actions en promotion de la santé. Il s'adressera à un public mixte, avec une attention pour les publics fragilisés » (Médecins du Monde, 2016, 4). Avant d'ouvrir, le centre de Cureghem « sera 'pensé' d'emblée pour intégrer une série de services habituellement offerts par des structures distinctes : service social généraliste, soins de santé physique, santé mentale, services liés à la santé

- 8 Le projet City-Labs, également financé par le FEDER et qui met en place des services de prélèvement, constitue un autre exemple de ce mouvement.
- 9 Lors de la collaboration entre Metrolab et MDM, 5 structures devaient intégrer le CSSI de Molenbeek.

sexuelle et reproductive, aide en matière d'assuétudes. Le développement de ces activités, ou d'autres encore, se fera de manière progressive et 'ad hoc' en fonction des besoins identifiés dans la population et des réponses déjà offertes par les acteurs présents dans le quartier» (Médecins du Monde, 2016, 5).

Afin de concevoir les espaces intérieurs des deux futurs CSSI sur une base collégiale, l'équipe Metrolab-MDM a mis en place un dispositif de co-design. Celui-ci a permis de mettre en évidence l'expérience des professionnels de centres bruxellois où se côtoient déjà à la fois des activités de soins et d'autres relatives à l'aide sociale et à la promotion de la santé, ainsi que celle du personnel des équipes qui intégreront le centre de Molenbeek. A travers l'expression de leur expérience à propos de la configuration des locaux qu'ils ont eu l'occasion de voir ou de pratiquer eux-mêmes, ils ont explicité le sens de leur action et mis en relation ce sens avec l'architecture des locaux et la forme des aménagements intérieurs.

Ce dispositif a pris la forme d'ateliers de co-design, centrés sur le paysage thérapeutique d'une part et sur le parcours des usagers d'autre part. Ces deux thèmes ont été définis dans le cadre de sessions de design collaboratif spécifiques et ont impliqué un public diversifié de professionnels.

Dans le cadre de la mise en place du CSSI à Anderlecht, un groupe d'une vingtaine de professionnels de secteurs différents a travaillé en trois demi-journées en octobre 2016 autour des questions d'agencement spatial, d'ambiances des locaux et de circulations. Pour le CSSI de Molenbeek Saint-Jean, une quarantaine des professionnels divisés en deux groupes en juin 2018 ont travaillé une journée entière : l'un travaillant sur la question des parcours, l'autre sur celles des co-usages des espaces.¹⁰

Ces deux ateliers complémentaires de co-design – paysage et parcours – ont poursuivi à la fois un objectif de recherche et un objectif pratique (Figure 3).

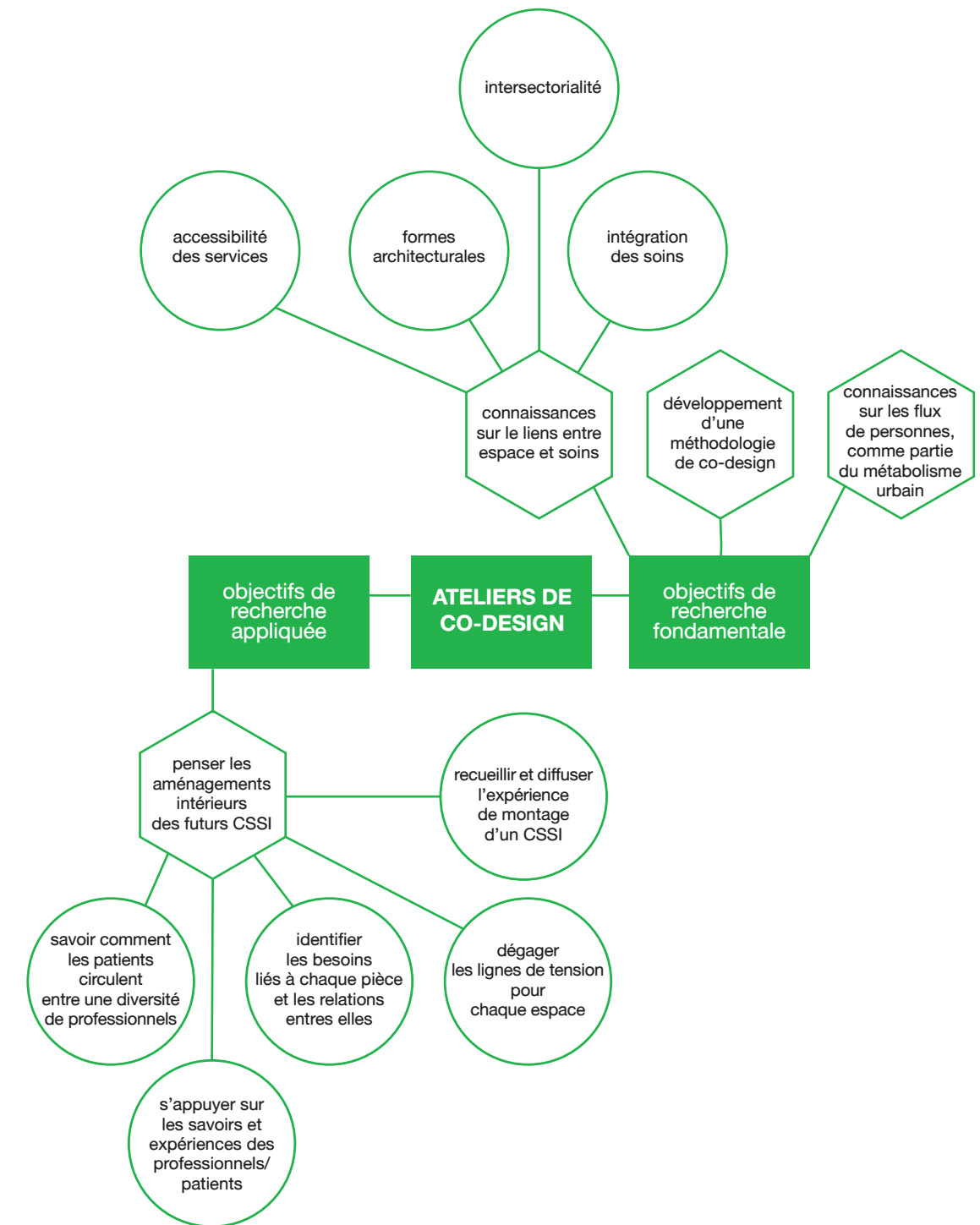


Figure 3.

10 L'animation de ce second groupe a été réalisée par l'association Périféria. Le présent article ne porte que sur les travaux liés aux parcours, qui ont fait l'objet d'une collaboration entre Médecins du Monde et Metrolab.

CSSI Cureghem

La livraison des locaux du site du CSSI de Cureghem étant prévue pour 2022, un cahier des charges devait être validé par le Conseil d'Administration en décembre 2016 pour être transmis au pouvoir adjudicateur (Citydev.Brussels et Solidarimmo), et pouvoir procéder à l'appel d'offre pour la réalisation des travaux dans les locaux du centre. En vue de la rédaction du cahier des charges, trois ateliers de co-design ont été conduits en octobre 2016 pour élaborer une réflexion sur l'agencement spatial, les ambiances des locaux et les circulations (Tableau 2).

L'objectif pratique de ces ateliers était de détailler la composition du centre et les effets attendus de l'espace pour la façade et chaque salle envisagée, ainsi que les interrelations entre les salles et la circulation des différents publics et professionnels dans les espaces. Pour chaque élément spatial, le processus de co-conception a fait ressortir un certain nombre d'aspects que l'architecture du bâtiment devra intégrer. Par exemple, en ce qui concerne la façade, les participants ont souligné que le nouveau CSSI devait s'intégrer visuellement au contexte. Quant à l'entrée, la principale devrait être accompagnée d'une entrée secondaire, pour faciliter l'accès des usagers de drogues et préserver le travail de la structure qui les accompagne. Le bureau d'accueil devait avoir une séparation claire de ses fonctions. La salle d'attente devait devenir le centre névralgique du CSSI et fonctionner comme une « enclave inclusive » (Berger et Moritz 2018) : conviviale et sûre, accueillante et communicante de compétences, calme tout en permettant la circulation des différents publics et des membres du personnel, confortable tout en restant fonctionnelle. Plus important encore, les participants se sont accordés sur un élément clé, la salle communautaire, un espace intermédiaire reliant l'intérieur et l'extérieur, le CSSI et le quartier au sein duquel il est implanté.

CSSI Molenbeek

En juin 2018, un atelier a invité plusieurs équipes bruxelloises de la santé et de l'aide sociale qui existent déjà à s'interroger sur les parcours d'usagers notamment patients, bénéficiaires et professionnels au sein du centre.

Une autre journée inter-équipes du CSSI de Molenbeek toujours en juin 2018, a permis de concentrer la réflexion des travailleurs sur les parcours des usagers dans le centre¹¹, c'est-à-dire aussi bien eux-mêmes, en tant que professionnels, que les patients et personnes qu'ils accompagnent. Qui travaille avec qui ? Comment ? Qui a besoin d'être situé à côté de qui pour pouvoir réaliser un accompagnement optimal ?

Cet atelier a pris la forme d'un jeu, avec une grande feuille quadrillée sur laquelle les participants étaient invités à placer une série de cartes « locaux » différenciées en fonction des équipes concernées et du type de local

11 Comme mentionné ci-dessus les participants à cette journée ont été divisés en deux groupes : l'un travaillant sur la question des parcours, l'autre sur celles des co-usages des espaces.

Étapes	Déroulement
Atelier 1	
1 – Visite de terrain	Visite dans un centre de soins pluridisciplinaire existant
2 – Mise en commun	Deux par deux, les groupes présentent mutuellement, à partir de leurs road books, leurs observations et réflexions, tout en appuyant leurs descriptions d'un croquis collectif du centre visité.
3 – Points d'attention	Chaque participant appose des étiquettes portant les signes « + » ou « - » sur les plans afin de symboliser ce qu'ils jugent positif, intéressant, ainsi que les bonnes pratiques à retenir, et à l'inverse, les points plus problématiques observés, en explicitant ses choix et son ressenti aux autres participants.
Atelier 2	
1 – Exercice individuel	Chaque participant réalise un croquis de son CSSI idéal à l'aide de cartes symbolisant des types de salle communément retrouvées dans des centres de soins pluridisciplinaires. A l'aide de cartes « adjectifs » (séparé, hygiène, convivialité, discrétion, ...), il qualifie les espaces, les flux de circulation et les points de stationnement, choisit 3 mots caractérisant l'espace final, puis présente sa création aux autres participants de son groupe.
2 – Exercice collectif	Construction en groupe d'un plan commun d'aménagement de locaux pour une structure de services intégrés en utilisant le même matériel et le même processus que pour l'étape 1. Le groupe choisit un mot commun pour caractériser son plan.
3 – Mise en commun	Explicitation des plans aux autres groupes et placement de points d'attention positifs et négatifs.
Atelier 3	
1 – Travail sur l'atmosphère	A l'aide d'un jeu de photographies, deux ambiances sont sélectionnées collectivement puis agencées dans des proportions choisies individuellement sur chaque partie d'un carton. Les cartons repliés forment des cubes « espace ».
2 – Travail sur l'organisation des espaces types y compris le mobilier	Identification et dessin des éléments à retrouver dans chaque pièce ou sur la façade. Positionnement des éléments dans/sur le cube.
3 – Mise en commun	Explicitation des maquettes aux autres groupes et placement de points d'attention positifs et négatifs.

Tableau 2. Déroulement des ateliers pour le CSSI de Cureghem.

(consultation ou espace collectif). Un ensemble de codes permettaient de déterminer les relations entre les différentes cartes¹² (Tableau 3).

Cinq équipes ont participé, comprenant une maison médicale, un service de santé mentale, un centre de planning familial, un service de soutien multidisciplinaire aux usagers de drogues, un centre d'action sociale globale.

Étapes	Déroulement
1 – Préparer le récit du parcours d'un patient type	Préalablement à la journée, chaque équipe prépare un récit de parcours-type dans son centre.
2 – Mapping du récit tel qu'il est présenté (7 groupes de 3 personnes)	<ul style="list-style-type: none"> – Le porteur de l'histoire raconte l'histoire et les autres énumèrent les espaces cités et le personnel impliqué dans cette histoire. – Les personnes qui ont écouté le récit placent le lieu de travail du porteur d'histoire au centre et représentent sur une carte, avec les fiches préexistantes, différents éléments : le type de lieu, le professionnel intervenant, si le patient est présent ou pas, la proximité entre les fiches/lieux, le type de relation (directe ou indirecte) entre les personnes. Quand le porteur de l'histoire a validé la disposition, on colle les éléments.
3 – Mapping du parcours idéal pour le récit présenté (3 groupes de 7 personnes)	<ul style="list-style-type: none"> – La personne porteuse de l'histoire la raconte à nouveau, à partir de la carte composée précédemment. – La personne porteuse de l'histoire y ajoute 1 à 3 cartes indiquant les partenaires qui pourraient intervenir dans la prise en charge du patient. Les cartes ajoutées sont complétées (comme dans la première étape). Chacun à son tour, les autres participants ajoutent de 0 à 2 cartes indiquant les partenaires qui pourraient être ajoutés. A chaque carte posée on complète les informations demandées et on précise l'importance (ou non) de la proximité des éléments, ainsi que le type de relation (directe ou indirecte). – Le groupe fait ressortir les leçons et recommandations à partager ultérieurement avec les autres groupes. Il faut notamment mettre en valeur ce qui favorise la spécificité de chaque métier ou équipe et ce qui favorise l'intégration.
4 – Exposition des travaux	Chacun est invité librement à observer les différentes cartes composées. Les animateurs restent auprès des cartes qui sont affichées pour les expliquer aux « visiteurs » et répondre aux questions. Des commentaires éventuels peuvent être consignés dans les « Livres d'or » de réactions.

Tableau 3. Déroulement des ateliers pour le CSSI de Molenbeek.

12 L'analyse et le processus méthodologique détaillés de cet atelier sont disponibles dans le rapport rédigé par Sacha Hinz Niklewicz, pour Médecins du Monde.

Au total, 7 cartes de chemins possibles ont été produites où les opportunités de rencontre et d'échange, tant physiques qu'immatérielles (par la communication téléphonique par exemple), ont été mises en évidence. Ce qui ressort, c'est que pour pouvoir accueillir de manière efficace tout type de personnes dont certaines avec des problématiques complexes, les pratiques de collaboration entre les professionnels du soin et de l'accompagnement social doivent se réinventer. Une diversité des lieux névralgiques du travail collaboratif pour les différentes équipes émerge. L'accueil se joue aussi dans la forme d'accompagnement proposée : individuel, collectif, avec un seul soignant ou plusieurs, qui se concertent ou non... Si le travail collaboratif se joue largement via la communication téléphonique ou électronique, il nécessite aussi des lieux dédiés : salle de réunion d'équipe, couloirs par lesquels on accompagne l'utilisateur chez un collègue, local permettant des co-consultations, lieux d'accueil intermédiaires, etc.

Le design collaboratif pour penser « out-of-the-box »

La construction des CSSI reflète potentiellement un changement de paradigme des soins et de la santé. Leur qualité architecturale dépasse ou approfondit l'approche centrée patient (*person-centered care*), souvent au cœur des améliorations recherchées pour les espaces de soins dans la mesure où elle accompagne l'image du patient-client citoyen responsable et souverain dans ses choix de recours aux soins (Martin *et al.*, 2015). Elle considère également la personne dans son environnement de vie et dans la possible complexité de sa situation où peuvent s'entremêler polyopathie et problèmes sociaux. Elle tend également vers la qualité thérapeutique des locaux mais recherche de surcroît à soutenir les collaborations interprofessionnelles et intersectorielles, à favoriser un accès aux soins pour tous, à relier ses activités au quartier environnant.

Ce changement de paradigme vers l'intégration se joue aussi dans l'espace. La présence de différents services sous le même toit pourrait ne rien changer au travail de chacun sans la présence d'espaces partagés : au minimum les couloirs de circulation, au maximum des bureaux partagés entre les différentes équipes, fonctions ou disciplines. L'espace – soit la forme physique des locaux, leur agencement et la disposition des éléments de mobilier – joue un rôle dans l'accueil et donc dans les soins à deux égards. Premièrement, il influence les pratiques des professionnels comme celles des patients : il peut être contraignant et inciter éventuellement les usagers à une certaine créativité pour circuler dans les locaux harmonieusement, coordonner les soins, rendre possible la co-habitation de différents publics, etc. Mais il peut aussi, comme on l'a vu, soutenir ces pratiques, en ligne avec les valeurs et objectifs des CSSI. Réfléchir collectivement à la manière dont il peut le faire, en amont de la conception architecturale des centres, favorise la possibilité qu'il soit un élément actif et favorable à l'accueil et à l'accompagnement des usagers. C'est pourquoi, deuxièmement, en tant qu'objet du processus de co-conception des centres, il contribue à dégager un sens commun à l'action des professionnels et apparaît comme un paramètre sur lequel ils peuvent agir pour penser les soins.

La collaboration Metrolab-MDM a donné la possibilité de définir des espaces de dialogue entre les acteurs du champ de la santé impliqués ou potentiellement impliqués dans les futures CSSI.

La réalisation des dessins et maquettes a servi de support à la discussion, en permettant aux participants de visualiser leurs idées et de se projeter dans des situations spécifiques, ce qui a facilité les échanges entre eux, mais a également permis de préciser certains principes du projet. Les participants, pour leur part, ont joué le jeu. C'est-à-dire qu'ils sont sortis de leur zone de confort et ont commencé à jouer sérieusement ensemble. L'aspect ludique, découper des formes, les coller, dessiner, ne les a pas empêchés de s'exprimer en toute connaissance de cause, avec des angles de vue parfois contradictoires. Le dessin et la composition leur ont donné les moyens d'explorer des hypothèses qui, individuellement, auraient pu paraître impertinentes mais qui, en groupe, ont pris forme et sens. Un exemple de cela est la salle communautaire, un espace qui n'est pas conventionnellement inclus dans la liste des espaces d'un CSSI mais par rapport auquel tous les participants étaient d'accord et enthousiastes.

Cette collaboration a débouché sur des résultats concrets. En particulier, dans le cas du CSSI de Cureghem, les résultats des ateliers sur le paysage thérapeutique ont été intégrés dans le cahier des charges utilisé dans le cadre de l'appel d'offre pour la sélection d'un bureau d'architecte. Plusieurs éléments architecturaux ont été intégrés dans la conception finale.

Les conséquences pratiques de cette recherche connaissent cependant certaines limites. D'abord, la proposition retenue pour Cureghem a dû se positionner dans les lignes de tension, mises en évidence par l'atelier, entre des objectifs parfois contradictoires. Par ailleurs, les difficultés de collaboration sont liées précisément à la dimension informelle des ateliers de co-design qui ont été prévus par Metrolab et MDM une fois que les projets du CSSI avaient été définis dans leurs aspects procéduraux et économiques. Si le processus de co-conception avait été prévu plus tôt, les principes de gestion de l'espace qui ont émergé auraient peut-être eu un impact plus important sur la configuration globale des bâtiments abritant les futurs centres. En outre, ce qui a également fait défaut, c'est la continuité de la collaboration pendant toutes les phases du projet, y compris celles qui ont suivi les ateliers. Un regard « externe », comme celui de Metrolab lors de la mise en œuvre ultérieure du projet, aurait en effet pu garantir une réflexivité critique. Mais pour cela, Metrolab aurait dû être un interlocuteur dans la relation entre MDM et les acteurs du projet, publics et privés, et, dans le cas de Cureghem, avec le Bouwmeester maître architecte (BMA) qui a géré les phases de concours de City Gate I avec Solidarimmo.

L'expérience du Metrolab.Brussels nous apprend que pour l'ambition même du FEDER, ou bien des projets d'équipement urbain qui visent à contribuer à la régénération de certains des territoires les plus fragiles de Bruxelles, le projet de brique ne suffit pas. L'expérience nous enseigne que lors de la conception du programme, il est nécessaire de penser aux acteurs qui peuvent faire partie du projet et pour cela il est fondamental de reconnaître

le caractère expérimental de celui-ci. Le caractère « de novo » du projet de Cureghem, où le « contenu » (disciplines, équipes présentes, services offerts) reste à construire, a vraisemblablement permis de rassembler les bonnes pratiques reconnues concernant le « contenant ». En revanche, le processus d'intégration au sein du CSSI de Molenbeek de plusieurs structures déjà existantes a montré le caractère crucial du travail préliminaire des équipes pour se connaître, identifier les manières de travailler communes ou différentes et se mettre d'accord sur un degré d'intégration des services (qu'est-ce qu'on partage ? Jusqu'où va-t-on dans la collaboration ?). L'atelier sur les parcours des usagers a permis d'avancer dans ce travail, en complément d'autres activités menées (notamment sur l'accueil). Mais le fait que l'une des cinq équipes initialement partenaire ait choisi de ne pas poursuivre le projet témoigne de l'importance d'engager d'emblée et de maintenir une réflexion collective sur une vision partagée pour un tel CSSI.

Dans le cas de la collaboration Metrolab-MDM, cependant, le partage de certaines valeurs telles que l'attention à un public diversifié et fragile a permis de pallier certaines lacunes du processus et d'apporter ainsi une contribution concrète aux deux nouveaux CSSI de Bruxelles. Les ateliers de co-design visaient l'élaboration de CSSI intégrant effectivement les services et attentifs à l'accessibilité de différents publics. Si le second objectif a largement été traité, le premier reste pour l'instant le parent pauvre du projet. Quoique les espaces définis ensemble aient été pensés comme soutènement des collaborations interprofessionnelles, celles-ci doivent toutefois faire l'objet d'une élaboration pour être effectives dans chacun des deux centres.

Le partage de valeurs entre les chercheurs de Metrolab et les représentants de MDM mais surtout l'hypothèse concrète, issue des ateliers de co-design, d'ouvrir un espace communautaire, ont poussé à approfondir les relations avec les associations locales. *Cureghem en perspective*, par exemple, est une initiative conjointe qui a suivi les ateliers d'octobre 2016 et qui s'est appuyée sur l'implication d'un groupe d'étudiants universitaires de différents curricula qui avaient participé à d'autres activités Metrolab. L'objectif de cette initiative était, toujours à travers les ateliers de co-mapping, de faire le point collectivement avec certaines des associations travaillant à Cureghem sur les transformations en cours ou à venir affectant le quartier. L'hypothèse de base était que la régénération urbaine, dégagée de tout jugement, devait impliquer le réseau du tiers secteur déjà engagé à divers titres dans le quartier. Cette initiative a contribué à la création de liens solides entre MDM et d'autres acteurs locaux, qui assurent la continuité et la cohérence du projet.

Dans le même esprit, une autre initiative était « Across material and human flows: the cases of the Abattoirs and Médecins du monde in Cureghem », un atelier qui s'est déroulé en février 2018 et qui visait à faire le point sur les possibilités de collaboration en cours et à venir entre le réseau de santé de Cureghem lié à MDM et le réseau productif et commercial de l'Abattoir, dont un vaste espace abrite un abattoir historique mais aussi un marché populaire qui constitue une ressource pour le quartier et toute la Région de Bruxelles-Capitale.

Ces expériences de design collaboratif montrent comment le fait d'impliquer de manière proactive des experts et, le plus possible, des usagers dans le processus de développement des équipements de santé peut permettre non seulement de construire des réponses plus en phase avec les besoins de la vie quotidienne et les défis du bien-être des habitants, mais aussi et surtout comment le bien-être de la personne doit être pensé de manière extensive dans son environnement, en partant du nouvel équipement de santé, à travers les relations et les réseaux, jusqu'aux autres échelles de vie du quartier.

Bibliographie

- Belche, J.-L. (2016). *Intégration entre lignes de soins : d'un patient à une population*. Université de Liège, Liège.
- Berger, M., & Moritz, B. (2018). Inclusive urbanism as gatekeeping. In: Berger, M., Carlier, L., Moritz, B., & Ranzato, M. (eds.) *Designing Urban Inclusion*. Brussels: Metrolab series, 149-161.
- Chantraine-Demilly, L. (2008). Politiques de la relation : *Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve-d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion.
- Contesse, A., & Kusendova, C. (2009). Anticiper L'évolution des hôpitaux. *A+ Revue Belge d'Architecture*, (219), 78-84.
- De Maeseneer, J., Aertgeerts, B., Remmen, R., & Devroey, D. (2014). *Together we change. Soins de santé de première ligne : maintenant plus que jamais!* Consulté à l'adresse https://www.dropbox.com/s/7u4vwwv91piyts/2014_1209_TogetherWeChange.pdf?dl=0
- Devlésaver, S. (2018a). Dossier: Réorganiser le social santé à Bruxelles. *Revue BIS*, (176).
- Consulté à l'adresse https://www.cbcs.be/IMG/pdf/bis_176_optimise_web.pdf?2110/57256cac4a1c4c48856c14b425e89903524cec56
- Devlésaver, S. (2018b). Le social et la santé dans un mouchoir de poche? *Revue BIS*, (176, Réorganiser le social santé à Bruxelles), 25-28.
- Fainzang, S. (2013). Champ-contrechamp : La relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 83. <https://doi.org/10.7202/1024080ar>
- Foucault, M., Thalamy, A., Barret-Kriegel, B., Béguin, F., & Fortier, B. (1979). *Les Machines à guérir: Aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles: P. Mardaga.
- Fournier, C., & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: Apports croisés de la littérature. *Santé Publique*, 19(5), 413. <https://doi.org/10.3917/spub.075.0413>
- Gesler, W., Bell, M., Curtis, S., Hubbard, P., & Francis, S. (2004). Therapy by design: Evaluating the UK hospital building program. *Health & Place*, 10(2), 117-128. [https://doi.org/10.1016/S1353-8292\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S1353-8292(03)00052-2)
- Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (2017). *Les Maladies chroniques: Vers la troisième médecine*. Paris: Odile Jacob.
- Heath, G., Greenfield, S., & Redwood, S. (2015). The meaning of 'place' in families' lived experiences of paediatric outpatient care in different settings: A descriptive phenomenological study. *Health & Place*, 31, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.10.014>
- Martin, D., Nettleton, S., Buse, C., Prior, L., & Twigg, J. (2015). Architecture and health care: A place for sociology. *Sociology of Health & Illness*, 37(7), 1007-1022. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12284>
- Médecins du Monde. (2016). « *Création de dispositifs nouveaux soutenant la prise en charge de publics fragilisés à Bruxelles* ». *Candidature pour un financement du Fonds Européen de Développement Economique Régional (FEDER) à Bruxelles*. Médecins du Monde.
- Memon, A. R., & Kinder, T. (2017). Co-location as a catalyst for service innovation: A study of Scottish health and social care. *Public Management Review*, 19(4), 381-405. <https://doi.org/10.1080/14719037.2016.1177107>
- Mertens, R., Paulus, D., & Van Den Heede, H. (2012). *Position Paper: Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique* (No 190Bs; p.70p). Consulté à l'adresse Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) website: https://www.dropbox.com/s/c30aduv3ser8ncj/2012_0000_OrganisationSoinsMCBelgique_KCE.pdf?dl=0
- Organisation Mondiale de la Santé (Éd.). (2008). *Maintenant plus que jamais : Les soins de santé primaires*. Consulté à l'adresse https://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf?ua=1
- Rumball-Smith, J., Wodchis, W. P., Koné, A., Kenealy, T., Barnsley, J., & Ashton, T. (2014). Under the same roof: Co-location of practitioners within primary care is associated with specialized chronic care management. *BMC Family Practice*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-149>
- Schrijvers, G. (2017). *Integrated care: Better and cheaper: with a selection of more than 100 good practices of integrated care*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Vaguet, A., Lefebvre, B., & Petit, M. (2012). Lieux de soins et paysages thérapeutiques. Du concept à la méthode. *Bulletin de l'Association de géographes français*, 89(2), 214-223.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, e010.
- Van der Heyden, J., & Charafeddine, R. (2013). *Enquête de Santé 2013: Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats* (Enquête de santé No D/2014/2505/53; Auteur: Vignes Maguelone – Version: 26 juin 2019 10 p. 36 p.). Consulté à l'adresse ISP-WIV website: https://www.dropbox.com/s/xgirqp6fcqb9vni/2013_0000_EnqueteSantelSP_SanteBienEtre.pdf?dl=0
- Van der Heide, I., Snoeijs, S., Melchiorre, M. G., Quattrini, S., Boerma, W., Schellevis, F., ...
- On behalf of the ICARE4EU project team. (2015). *Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe: An overview*. Consulté à l'adresse Netherlands Institute for Health Services Research website: <http://www.icare4eu.org/pdf/Innovating-care-for-people-with-multiple-chronicconditions-in-Europe.pdf>
- Van Rijn, H.; Stappers, P. J. Expressions of ownership: motivating users in a co-design process. In *Participatory Design*; 2008; pp.181-184.
- Vignes, M. (2015). *Se soigner dans la ville. Gestion urbaine de la santé et parcours urbains de soins de personnes vivant avec le VIH/sida. Approche comparative des cas de Bruxelles et Rouen*. (Université Saint-Louis – Bruxelles / Université de Rouen). Consulté à l'adresse https://www.dropbox.com/s/waonri79yzn7fm8/2015_0123_SeSoignerDansLaVille_TheseMaguelone.pdf?dl=0
- Vignes, M. (2017). *Face à la complexité des soins : adaptation du cadre stratégique du RMLB*. RMLB.
- Water, T., Wrapson, J., Reay, S., & Ford, K. (2018). Making space work: Staff socio-spatial practices in a paediatric outpatient department. *Health & Place*, 50, 146-153. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.01.007>

Colophon

Auteurs

Mathieu Berger
Louise Carlier
Marie Lemaître d'Auchamp
Antoine Printz
Marco Ranzato
Maguelone Vignes

Edition

Mathieu Berger
Louise Carlier

Coordination

Louise Carlier

Couverture

Dessins de Marie Lemaître d'Auchamp
& Marco Ranzato

Conception graphique

Els Vande Kerckhove
Something Els

Remerciements

Action Research Collective for
Hospitality
Médecins Du Monde
Plateforme Citoyenne de Soutien aux
Réfugiés (BxlRefugees)
Zamane Sehaki Badr
Sara Cesari et Louise Prouteau,
Metrolab.brussels

Certains des textes présentés dans
ce livre sont déjà publiés dans ARCH,
*Whose Future is here. Searching for
Hospitality in the Northern Quarter*,
Metrolab Brussels.

Pour plus d'informations,
voici le lien vers la publication:
[https://metrolab.brussels/
publications/whose-future-is-here](https://metrolab.brussels/publications/whose-future-is-here)

Le FEDER (Fonds Européen de
Développement Régional) est un
outil politique régional qui vise à
créer de nouvelles opportunités pour
les citoyens européens et à réduire
l'écart de niveau de vie entre régions.
Entre 2007 et 2013, le programme
FEDER, à travers l'intervention de
la Région et de l'Europe, a ainsi
investi 108 millions d'euros dans
32 projets de la Région de Bruxelles-
Capitale. Ces projets concernent
la garde d'enfants, des mesures
de réinsertion professionnelle, des
programmes de formation mais aussi
le développement durable, le soutien
aux activités économiques, et le
renforcement de l'infrastructure et
de la cohésion sociale dans la zone
du canal.

Le programme actuel (2014-2020)
contient 46 projets portant sur l'accès
à l'emploi, la recherche, l'économie
circulaire, l'innovation et l'amélioration
du cadre de vie. L'Europe et la Région
investissent 200 millions d'euros dans
ce nouveau programme.

Cette publication et les activités de
recherche ont été rendues possibles
grâce au soutien financier du Fonds
Européen de Développement
Régional (FEDER) (2014-2020) de la
Région Bruxelles-Capitale.

© 2021

Université Catholique de Louvain
Université Libre de Bruxelles

Tous droits réservés. Aucune partie
de cette publication ne peut être
reproduite ou transmise sous quelque
forme ou par quelque moyen,
électronique ou mécanique, y compris
la photocopie, l'enregistrement ou
tout système de stockage et de
récupération d'information, sans
l'autorisation écrite des détenteurs
des droits d'auteur. Toutes les
déclarations contenues dans ce
rapport de recherche sont la seule
responsabilité de leurs auteurs. Les
éditeurs ont fait tout leur possible
pour retrouver les détenteurs de droits
d'auteur, mais si certains ont
été oubliés, nous nous ferons un
plaisir de procéder aux accréditations
nécessaires à la première occasion.

Chaque élément de l'identité visuelle
de Metrolab, y compris les marques,
logos et tout élément graphique
appartiennent exclusivement à
Pam&Jenny et sont protégés par les
lois sur la propriété intellectuelle.
Bibliographic information published
by the Royal Library of Belgium.
Editor ID: 14.488
ISSN: D/2022/14.488/01
ISBN: 978-2-9602757-2-8



UCLouvain



La Région et l'Europe investissent dans votre avenir !
Het Gewest en Europa investeren in uw toekomst!





 **UCLouvain**



La Région et l'Europe investissent dans votre avenir !
Het Gewest en Europa investeren in uw toekomst!

