



Parlement francophone bruxellois (Assemblée de la Commission communautaire française)

Session 2020-2021

Commission plénière
du vendredi 22 janvier 2021

Compte rendu

Sommaire

Pages

« NOTE DE VISION – ORGANISATION DE L'AIDE ET DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE EN RÉGION BRUXELLOISE » DU CONSEIL BRUXELLOIS DE COORDINATION SOCIO-POLITIQUE

• INTRODUCTION DE MME MAGALI PLOVIE, PRÉSIDENTE	2
• PRÉSENTATION DE LA NOTE DE VISION	
(Orateurs : M. Alain Willaert, coordinateur, Mme Evelyne Wetz, chargée de projets, et M. Jacques Moriau, chercheur)	2
• ECHANGE DE VUES	
(Orateurs : M. David Weytsman, Mme Véronique Jamoulle, Mme Stéphanie Koplowicz, M. Ahmed Mouhssin, Mme Farida Tahar, M. Christophe De Beukelaer, M. Michael Vossaert, M. Alain Maron, ministre, ainsi que M. Alain Willaert et M. Jacques Moriau, personnes auditionnées)	4
CLÔTURE	16

Présidence de Mme Magali Plovie, présidente

La commission plénière est ouverte à 14h06.

« NOTE DE VISION – ORGANISATION DE L'AIDE ET DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE EN RÉGION BRUXELLOISE » DU CONSEIL BRUXELLOIS DE COORDINATION SOCIO-POLITIQUE

INTRODUCTION DE MME MAGALI PLOVIE, PRÉSIDENTE

Mme la présidente. - Le Bureau élargi du Parlement a décidé de consacrer l'après-midi de ce jour à la présentation par le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) de sa note de vision relative à l'organisation de l'aide et des soins de première ligne en Région bruxelloise.

La présentation est une note de vision et non une note programmatique et a pour but d'exposer la conception de l'organisation de l'aide et des soins de première ligne qu'ont les différents organismes de coordination et/ou de représentation des secteurs réunis dans le décret ambulatorio.

Elle se veut être un outil de réflexion qui a pour but de mettre à plat les enjeux en termes d'organisation de l'offre au niveau de l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale.

Les auteurs estiment qu'elle doit s'articuler avec les deux autres chantiers que sont le plan social-santé intégré et le plan de relance et de redéploiement pour faire face à la pandémie de la Covid-19.

Je vais passer de suite la parole au CBCS pour la présentation de sa note. La parole sera ensuite donnée aux députés. Le Gouvernement pourra également intervenir, par la voix du ministre Maron, en visioconférence. Il me semble en effet important qu'il y ait un engagement de la part du Gouvernement. Le CBCS pourra ensuite répondre aux questions qui auront été posées.

Je vous rappelle que, lors de sa réunion du 15 janvier dernier, le Bureau élargi a attiré l'attention des parlementaires et du CBCS sur l'importance de respecter les temps de parole dans la discussion.

Les services du greffe ont transmis aux députés le lien du rapport par courriel.

La parole est à M. Alain Willaert, chargé de la coordination générale/institutionnelle pour ce qui concerne la contextualisation, à Mme Evelyn Wetz, chargée de projets au CBCS en ce qui concerne « la substantifique moelle » de la note de vision politique et à M. Jacques Moriau, chercheur au CBCS et à Metices/Université libre de Bruxelles (ULB) qui énumérera les chantiers à ouvrir pour sa mise en œuvre sur le terrain.

Votre exposé ne peut dépasser 20 minutes.

PRÉSENTATION DE LA NOTE DE VISION

M. Alain Willaert, coordinateur du CBCS. - Pour commencer, je vous remercie de passer cet après-midi à vous intéresser de très près à toutes les synergies qui sont en train de se mettre en place pour repenser l'organisation de l'aide et des soins en Région de Bruxelles-Capitale.

Mon nom est Alain Willaert. Je coordonne le CBCS, l'organisme de coordination intersectorielle agréé par la Commission communautaire française en ce qui concerne les secteurs de la santé et social. Dans ce cadre, le CBCS organise les travaux d'une interfédération ambulatoire réunissant les fédérations desdits secteurs qui sont régis par le décret ambulatorio de 2009.

C'est dans ce contexte qu'a été élaborée, voici quelques mois, cette note de vision politique qui a été finalisée en septembre 2020. Nous allons vous la présenter en trois temps. J'introduirai d'abord quatre éléments de contextualisation ; ma collègue Evelyn Wetz, chargée de projets au CBCS, tentera ensuite de condenser en huit à dix minutes la substantifique moelle de cette note ; et mon collègue Jacques Moriau, chercheur au CBCS et sociologue, esquissera enfin ce que nous souhaiterions voir mis en place afin que nous puissions traduire ces belles paroles en actions concrètes sur le terrain.

Commençons par des éléments de contextualisation. Nous connaissons tous le point de départ de la réflexion : les services sociaux et de santé bruxellois sont relativement bien financés, mais l'accroissement de ce financement ne correspond pas à l'accroissement des demandes adressées à ces services, pas plus qu'aux besoins de la population.

Concernant l'accroissement des demandes, je vous renvoie vers un rapport intersectoriel du CBCS datant de 2018 et, à propos des besoins de la population, vers les excellents travaux de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale.

Ensuite, nous avons constaté que, depuis quelques années – et particulièrement depuis la sixième réforme de l'État de 2014 –, beaucoup de personnes s'activaient à repenser les dispositifs. Puisque les moyens ne suffisent plus, comment s'organiser autrement pour faire mieux avec ce qu'on a ? Ces réflexions viennent à la fois du secteur associatif – par exemple de Médecins du monde (MDM), qui a lancé des projets de centres social-santé intégrés (CSSI) avec l'aide de Fonds européen de développement régional (Feder) pour leur construction –, mais aussi du pouvoir politique et de son administration, avec le « chambulatorio », ce projet de refonte du décret ambulatorio de 2009 qui nous avait été présenté à la fin de la législature passée.

Enfin, cette note de vision a été possible grâce à ce que je considère comme le principal apport du décret ambulatorio de 2009 : tout a alors été mis en œuvre pour faciliter le dialogue entre les représentants des secteurs disparates du social et de la santé – maisons médicales, centres de planning familial, services sociaux généraux, etc. En se parlant, ils se sont mieux compris, ont appris à se respecter, à préparer ensemble des réunions communes et, finalement, décidé de passer à l'action ensemble, par des prises de position communes et la rédaction de cette note de vision politique.

Ce texte est né de la lecture de la déclaration de politique générale (DPG) de juillet 2019. Deux choses nous ont sauté aux yeux : la volonté de ne plus considérer la Commission communautaire française comme une île et de pointer davantage les possibilités de collaboration avec les autres entités fédérées présentes à Bruxelles, ainsi que l'intention de mettre en place des Etats généraux social-

santé. C'est en pensant à ces Etats généraux social-santé que cette note de vision a été écrite.

Entre-temps, la Covid-19 s'est invitée et a chamboulé le programme. Mais il ne nous a pas empêchés de finaliser cette note, de vous la présenter, d'en faire la promotion et de l'articuler avec les autres dispositifs de réflexion, tels que « Brussels takes care ».

Je cède la parole à ma collègue Evelyne Wetz, qui va vous présenter la substantifique moelle de la note. J'ajoute que nous avons également déposé des documents en format papier, qui peuvent également être consultés sur internet.

Mme Evelyne Wetz, chargée de projets au CBCS.- Je vous remercie d'abord de nous avoir invités à présenter cette note de vision, ainsi que les chantiers qu'elle va engendrer. Jacques Moriau vous en parlera juste après moi. Je vais vous faire la présentation d'un contenu assez dense, si bien que je ne pourrai pas passer tous les points en revue. Je tâcherai néanmoins de vous donner un aperçu des balises qui ont été posées dans ce cadre. Cette note est le fruit d'un travail de plusieurs mois avec l'ensemble des fédérations ambulatoires de la Commission communautaire française. Il s'agit donc d'un document assez unique en son genre.

Pour présenter la note, je vais partir de l'objectif qui a animé les discussions dans le cadre de sa rédaction. L'idée était de se donner les moyens d'avoir des services d'aide et de soins de qualité et accessibles pour répondre aux besoins des Bruxellois. Deux notions sont essentielles à ce niveau : qualité et accessibilité. C'est à travers elles que je passerai en revue les points principaux de la note.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'accessibilité, l'idée était que chaque Bruxellois se voie proposer un accès égal à une offre d'aide et de soins dans un espace de proximité. À cet effet, nous avons listé une série d'éléments permettant, selon nous, d'améliorer cette accessibilité.

Le premier élément est l'approche par territoire d'intervention. Le principe est de définir des zones d'intervention sur Bruxelles et, à partir de ces territoires et des populations qui y habitent, de repenser l'action des services d'aide et de soins.

Le deuxième élément consiste à offrir un service minimum sur ces territoires.

Directement en lien avec cela, le troisième élément postule que cette offre de base doit être pensée de façon globale, coordonnée et concertée avec l'ensemble des acteurs de l'aide et des soins, et ce, quelle que soit l'entité subsidiaire.

Quatrième élément, les services répartis sur ce territoire devraient avoir une obligation de prise en charge des patients. Autrement dit, quelle que soit la porte d'entrée utilisée par le patient, celui-ci sera redirigé soit vers une autre zone, soit vers un autre service. Les services ont donc une responsabilité par rapport à la population qui habite le territoire.

Enfin, l'accès à une information claire et lisible est une notion importante lorsque l'on parle d'accessibilité. Il convient donc de se donner les moyens de fournir cette information aux citoyens.

La deuxième notion qui a retenu notre attention est celle de la qualité, que nous avons circonscrite en gardant à l'esprit que chaque Bruxelloise et chaque Bruxellois doit se voir proposer une offre d'aide et de soins de qualité pour répondre à ses besoins. Cette notion de qualité dépend de deux éléments : d'abord, du travail des acteurs et professionnels de terrain et donc des conditions de travail

de ces acteurs et professionnels de terrain; ensuite, de la manière dont s'organise l'offre d'aide et de soins.

La condition *sine qua non* d'un travail de qualité est le temps que l'on peut y consacrer. Les travailleurs de terrain doivent disposer du temps nécessaire pour intervenir de manière qualitative et la crise que nous traversons en est le témoin révélateur. Mais il faut également disposer du temps nécessaire pour coordonner l'action des différents services, pour innover, pour assurer la formation du personnel et développer son expertise. Il faut donc à tout prix sortir de la logique d'urgence actuelle.

Dans le même ordre d'idées, il faut pouvoir offrir aux travailleurs des contrats stables, mais aussi des moyens matériels et une infrastructure permettant de fournir ce travail de qualité. Il faut donc sortir des techniques marchandes de management, qui ne correspondent pas du tout aux métiers d'aide et de soins. Toujours dans la même logique, la manière d'organiser le suivi des différents services devrait intégrer des données qualitatives plutôt que strictement quantitatives.

J'en viens au second point relatif à la qualité des services, à savoir qu'elle dépend de l'approche retenue pour concevoir et organiser cette offre. Divers aspects entrent en ligne de compte. Le premier consiste à donner davantage la parole, non seulement aux professionnels de terrain, qui sont les premiers concernés, mais également à ceux que nous appelons dans la note des « citoyens-usagers » et qui peuvent être considérés comme des personnes ressources pour nous aider à repenser l'action.

La cohérence, non seulement entre territoires d'intervention, mais aussi entre politiques bruxelloises, pour disposer d'un socle commun, est un autre élément important.

Dans le même ordre d'idées, il faut adopter une approche transversale, à savoir intégrer les éléments d'aide et de soins dans les diverses compétences bruxelloises. L'objectif est de tenir compte de tous les facteurs qui participent à la situation de précarité et de mal-être des Bruxellois.

J'en reviens à l'accessibilité et la qualité de l'offre, laquelle vise à répondre à des besoins. Pour articuler besoins et offre, notre note de vision politique propose une série d'outils.

D'abord, le diagnostic communautaire peut être utilisé comme instrument d'analyse pour connaître les besoins non exprimés et adapter l'offre en conséquence. Ensuite, la participation des citoyens et usagers doit être rendue possible, mais sans en faire une injonction. Enfin, une évaluation globale des politiques permettrait d'adapter l'offre.

J'ai présenté les différents éléments de la note dans les grandes lignes, ce qui nous donne une vision, co-construite par différents acteurs, de la réorganisation du secteur social-santé à Bruxelles. J'ai en effet évoqué les citoyens usagers, les fédérations, les services et le politique. Il s'agit donc d'une vision permettant à chacun d'apporter des éléments de réponse, ce qui donne lieu à un réel travail de collaboration.

Jacques Moriau va vous présenter les suites de cette note de vision.

M. Jacques Moriau, chercheur au CBCS.- Il nous semble que cette note ouvre trois horizons de travail : la réorganisation pratique de l'offre sur le terrain, la refonte des textes légaux et la question épineuse des logiques de financement.

Le premier des cinq chantiers – qui constituent autant de pas vers la réorganisation des services – consiste à élargir le débat et la dynamique des Etats généraux. Il s'agit donc de présenter cette note à la plupart des instances qui ont un intérêt dans le développement des politiques social-santé sur le territoire régional. À nos yeux, il s'agit également et, surtout, d'aborder cette question avec les acteurs de terrain qui seront amenés à résoudre les problèmes concrets posés par cette réorganisation et à s'approprier les questions mises en débat par la note.

Il nous semble primordial de poursuivre dans cette dynamique d'Etats généraux telle qu'entamée cette année avec le plan social-santé intégré. Pour mettre en œuvre une telle dynamique, il importe de constituer un service d'appui chargé de mettre en pratique la note et les missions y afférentes. Il s'agit plus exactement des missions d'évaluation, de formation à destination des intervenants de terrain, de recherche-action et d'appui à la participation des travailleurs et des citoyens usagers. À nos yeux, ce point d'appui trouverait tout son sens à être accueilli par le CBCS.

Un troisième point, crucial selon moi, est le fait de s'attaquer à la définition des territoires d'intervention. Il s'agit vraiment de la pierre angulaire de la réforme ou de la réorganisation telle qu'elle est présentée dans la note de vision. Si nous voulons « territorialiser » les politiques et mener une politique qui vise l'égalité de l'offre pour tous les citoyens, il faut parvenir à diviser en quelque sorte la Région bruxelloise en plusieurs territoires sur lesquels serait proposée une offre équivalente.

On sent qu'il y a déjà des velléités de le faire, notamment avec le projet de contrats locaux social-santé qui se développe progressivement. Il est impératif d'avancer sur ce point essentiel, qui requiert un débat dynamique entre tous les acteurs concernés. Je ne pense pas qu'on puisse définir correctement ces territoires sans rassembler tous les acteurs autour de la table.

Le quatrième point est l'idée essentielle d'une évaluation globale des politiques social-santé qui ont été menées jusqu'à présent sur le territoire de la Région, afin de permettre une réflexion plus poussée. Cela nous indiquerait dans quelle direction aller, ce qu'il faut modifier ou améliorer et ce qu'il faut maintenir ou renforcer.

Enfin, il nous semblerait opportun de mettre en place dès maintenant un groupe de travail qui pourrait réunir des membres des cabinets, des administrations, des fédérations de service et des partenaires sociaux. En se penchant d'emblée sur la refonte des textes légaux, ce groupe de travail permettrait d'engranger, au fur et à mesure, les acquis des quatre premiers chantiers – et des éventuels autres. Cela permettrait une réflexion en amont quant à l'écriture des prochains décrets ou ordonnances.

Une des solutions pour éviter les imperfections liées au modèle institutionnel bruxellois serait de produire des textes « miroirs », selon les entités fédérées en charges des questions social-santé.

J'en termine par là. Nous sommes ravis d'être parmi vous et impatients d'entendre vos commentaires et d'interagir avec vous sur le contenu de cette note.

Mme la présidente.- Il est vrai que vingt minutes est un délai assez court, mais cela permettra également de mener le débat par la suite. Les députés ont reçu la note complète et disposent donc tous de tous les éléments.

Je rappelle aux députés que chaque groupe dispose d'un temps de parole maximal de quinze minutes, pour deux orateurs mandatés.

ÉCHANGE DE VUES

M. David Weytsman (MR).– Je vous remercie pour ce travail et cette vision politique, qui constitue une excellente base de réflexion et nous permet d'aller au-delà de ce qui est dit généralement.

Je retiens principalement – au-delà des aspects strictement liés à la santé – que nous nous rejoignons sur l'impérieuse nécessité de décloisonner les secteurs de la santé et du social. Tous les acteurs me disent à quel point il est primordial de mettre fin au travail en silo, d'autant plus que cette crise nous a fait comprendre que la première ligne était souvent isolée. La publication de ce rapport arrive donc à point nommé.

Avant même la crise, nous connaissions les nouveaux besoins et les attentes en soins de santé, ainsi que les réponses adaptées tant au niveau sanitaire que social et – comme je le dis souvent – socio-économique.

Les enjeux d'aujourd'hui sont ceux d'hier, mais ils sont peut-être dix fois plus importants. Pour commencer, nous ne reviendrons jamais assez sur les enjeux liés au vieillissement de la population, qui rendent celle-ci plus vulnérable. Nous soulignons également le manque de structures d'accueil adaptées, qui ont d'ailleurs tremblé pendant cette crise. L'augmentation des maladies chroniques et l'augmentation des problèmes de santé mentale deviennent des urgences, aujourd'hui plus que jamais. Cette problématique me semble trop peu prise en compte dans les plans précédents et dans l'action gouvernementale. Nous aurons l'occasion d'en débattre.

Par ailleurs, vous avez relayé dès le début la complexité institutionnelle belge et bruxelloise. Nous devons aussi agir davantage sur les difficultés financières, notamment celles des hôpitaux, qui étaient déjà largement exposés avant cette crise et le seront encore davantage à l'avenir. Enfin, vous détaillez dans votre vision les grands paramètres qui constituent l'accessibilité aux soins de santé, qui est l'une des priorités du MR.

Nous plaçons aussi, dans la réalisation de ces plans, pour un mécanisme de cocréation ascendant, mais surtout pour des réformes concrètes. Nous avons beaucoup de plans, des mesures sont définies, mais nous avons surtout besoin de réformes sur cinq objectifs principaux :

- offrir des soins accessibles, intégrés et en lien direct avec les besoins. On voit à quel point, aujourd'hui, les prises en charge sont de plus en plus complexes. Une meilleure structuration de l'offre, en concertation permanente avec les professionnels de la santé, sur la base d'analyses objectives des besoins et de leur évaluation dans le temps, est indispensable ;
- renforcer la prévention et la promotion de la santé, parents pauvres du système belge ;
- s'assurer que les professionnels de la santé soient écoutés sur les synergies dans les trajets de soins classiques et les outils performants nécessaires à la nouvelle structuration des soins : première ligne, ambulatoire, soins à domicile. Je nous renvoie au débat sur la nécessité de réviser les normes d'encadrement et d'adapter le décret ambulatoire aux réalités actuelles ;
- moderniser notre secteur hospitalier, et assurer son financement et son accessibilité ;
- lutter contre les inégalités sociales de santé.

Plusieurs de ces objectifs – ceux que vous visez dans le rapport – sont déjà repris dans le Plan santé bruxellois,

que nous soutenions, même si le MR a parfois critiqué un manque d'ambition à l'égard de certains secteurs. C'est une critique politique : le Gouvernement a abouti tardivement sur ce plan, qui doit être mis en œuvre. Nous partageons la nécessité d'avancer maintenant sur un Plan social-santé intégré. Tout cela, c'est très bien, car je crois qu'il faut maintenant s'inscrire dans des priorités à très court terme, avant même peut-être d'aboutir sur le plan totalement intégré.

Il y a des urgences. Certaines sont reprises dans le Plan santé bruxellois. Avez-vous eu l'occasion de les analyser et, éventuellement, de dégager les priorités sur lesquelles nous devons travailler ?

Le plan comprend différents axes et poursuit plusieurs objectifs pour mieux organiser et renforcer la première ligne de soins sur la base d'une analyse des pénuries des professionnels de la santé, en vue d'encourager leur installation en Région bruxelloise ;

- améliorer le lien entre l'hôpital et les services de première ligne ;
- établir un plan stratégique pour l'encadrement juridique et financier de la nouvelle structure ambulatoire ;
- renforcer les liens entre la médecine ambulatoire et les services d'urgence afin de promouvoir le recours approprié à la médecine générale.

J'aimerais savoir comment les travaux se sont organisés par rapport à ces constats déjà relevés.

Le plan prévoit aussi la création d'une ligne 0.5 qui aurait été d'une grande utilité durant la crise actuelle. On pense aux personnes sans abri, aux prostituées ou aux toxicomanes, mais aussi aux nombreux commerçants, indépendants, travailleurs, qui ont tout perdu et se retrouvent confrontés à de très graves problèmes de santé mentale.

Pour améliorer la prise en charge de la santé mentale, le Plan santé bruxellois préconise un soutien à la médecine générale. Dans cette perspective, un projet-pilote, intitulé « psychologues de première ligne » sur la santé mentale, a d'ailleurs été lancé.

Pour encourager le virage ambulatoire, le plan envisage la création d'une structure qui assure l'information de la population en matière de prévention et élabore les campagnes. Parmi les autres axes figurent également :

- la création d'un point unique « Commission communautaire française, Commission communautaire flamande (Vlaamse Gemeenschapscommissie) », pour les vaccinations et les dépistages, notamment ;
- l'élaboration d'un projet de fin de vie avec les patients, les résidents et leurs familles. Des progrès considérables ont été réalisés en matière de soins palliatifs, mais nous devons aller plus loin et identifier les priorités ;
- l'amélioration des procédures de gestion de crise sanitaire.

Comment devons-nous nous positionner par rapport aux priorités déjà fixées dans le Plan santé bruxellois ? J'ai trouvé intéressante votre vision politique sur l'accessibilité, la qualité et le territoire d'intervention. Mes questions sont peut-être naïves, mais quelle est selon vous la taille idéale du territoire d'intervention ? Quelle doit être l'étendue du service minimum ?

Si je comprends bien, il ne s'agit pas de tout regrouper dans un petit quartier, mais de disposer de référents responsables, qui sont capables d'accueillir et qui ont la responsabilité à cet effet, pour ensuite orienter le citoyen vers l'un ou l'autre. Grâce à votre exposé théorique, je me rends compte qu'il nous reste un travail de compréhension à faire pour pouvoir mettre en application vos différentes recommandations.

J'ai également trouvé très intéressant le concept de citoyen-usager dans le cadre de la santé. Dans votre réflexion sur cette définition, considérez-vous que notre action parlementaire atteint cet objectif de citoyen-usager ?

Vous nous conseillez de travailler sur l'évaluation et le suivi. Concrètement, que pouvons-nous améliorer par rapport aux actions déjà prévues, ou quelles mesures pouvons-nous mettre en place ?

La proposition du groupe de travail traduit-elle, selon vous, l'insuffisance en matière de cocréation et de participation pour les textes réglementaires et les ordonnances ?

La volonté est de travailler le plus en amont possible. Si le but premier des Etats généraux est de fixer ensemble des objectifs pour réaliser ce travail, pourriez-vous me préciser l'utilité du groupe de travail ?

Je suis ce dossier depuis environ un an et j'ai lu tous les plans. Selon vos explications, hormis les concepts généraux qui nous permettent de réfléchir, de nombreuses actions figurent déjà dans le Plan santé bruxellois, le Plan stratégique de Promotion de la santé, ou encore le Plan d'action bruxellois de lutte contre la pauvreté.

D'après vous, quels sont les éléments qui ne figurent pas encore dans les autres plans et qui pourraient constituer un point de travail prioritaire ? J'ignore où en sont les réunions des Etats généraux. Votre action et vos priorités sont-elles entendues et seront-elles bien incluses dans le Plan

social-santé intégré ? Pouvez-vous en quelques mots nous l'expliquer, vous qui participez aux discussions ?

Quel est le meilleur moyen d'associer les acteurs de terrain, au moment de la mise en œuvre des plans dans un an ou deux, après les Etats généraux ? Tout ne sera pas prévu dans les détails. Vous évoquez fréquemment la question sans jamais nous dire concrètement ce que vous attendez de nous, sans évoquer les mécanismes participatifs à suivre pour la mise en œuvre.

Mme la présidente.- Lorsque M. le ministre prendra la parole, il nous fera un bref état de la situation des Etats généraux. Nous aurons sans doute l'occasion de revenir sur ce point au sein des commissions en Commission communautaire française ou en Commission communautaire commune.

Mme Véronique Jamoulle (PS).- Je remercie le personnel du CBCS pour la qualité de l'exposé, de l'analyse et de la note de vision politique. Nous avons reçu cette dernière il y a déjà quelque temps et avons eu l'occasion de la lire et d'interpeller le ministre M. Maron sur le sujet.

Il convient en effet de rappeler le rôle moteur joué par les fédérations, qui permettent de relayer les revendications militantes provenant du terrain, de s'associer autour d'objectifs, d'entretenir des espaces participatifs et – comme vous l'avez souligné dans votre exposé – de faire en sorte que les acteurs de terrain, qui relèvent tous des secteurs sociaux et de la santé mais qui agissent dans des domaines parfois différents, puissent se rencontrer et travailler de manière décloisonnée.

Plus encore que lors de la crise économique de 2008, le recours aux CPAS et aux services d'aide de première ligne explose en raison de la pandémie de la Covid-19. Le débat est donc d'autant plus important aujourd'hui. L'objectif actuel est de mener une politique sociale et de santé véritablement décroisée et ancrée dans les territoires. Tel est l'un des engagements phares de notre majorité pour cette législature. Toutefois, cette ambition ne pourra se réaliser sans une refonte opérationnelle du décret ambulatorio de 2009.

Ce projet ne sera pas tout de suite concrétisé. En effet, comme le Gouvernement nous l'a annoncé, il faudra d'abord finaliser autant que faire se peut le dispositif « Brussels takes care ». De plus, la proposition antérieure a suscité une vive opposition de la part des associations de secteur, ce qui n'est sans doute pas sans lien avec l'arrêt des travaux menés sur le sujet à la fin de la précédente législature. Et ce, sans parler de la crise sanitaire, qui ne permet pas toujours de se coordonner, d'organiser des réunions et des groupes de travail de manière active et dynamique.

Quel est votre sentiment ? Quelles ont été les oppositions au projet de réforme du décret précédent ? Il peut être utile de le savoir pour ne pas retomber dans des travers qui avaient irrité tout le secteur à la fin de la précédente législature.

Cela étant, telle que vous venez de la décrire, votre vision politique correspond assez bien à la ligne définie dans les accords de majorité aux niveaux de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune au niveau social-santé. Cette note permet d'avoir un rapport détaillé des priorités mises en avant par les acteurs de terrain que vous fédérez. J'espère qu'elle nous permettra également d'aider à construire les politiques de ces prochaines années, ainsi que la vision d'un nouveau décret ambulatorio qui viendra réformer le décret actuel. C'est en tout cas le souhait de mon groupe.

Le but est de reprendre activement le travail lorsque l'initiative « Brussels takes care » sera en cours de finalisation. Quoi qu'il en soit, le Gouvernement actuel a inscrit, dans son accord 2019-2024, la réforme des services ambulatoires et du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé. Cette réforme nécessitera un certain délai, car elle doit être élaborée de façon à préserver et à adapter tout ce qui contribue, jusqu'ici, à la qualité des services rendus à la population. Elle doit être pensée de manière nuancée afin de ne pas mettre à mal l'établissement et l'expertise développés par ces services avec le soutien de la Commission communautaire française.

Appuyez-vous avec intérêt ce projet de réforme du décret ambulatorio de 2009 ? L'adhésion des services concernés étant à la fois une nécessité et une condition pour la mise en œuvre réussie et durable de la réforme, vers où pensez-vous que nous puissions aller ?

Il ne peut en effet y avoir de nouveau décret s'il ne répond pas aux besoins de la population et ne remporte pas l'adhésion des travailleurs de terrain.

Dispose-t-on d'une bonne évaluation des besoins, mais également des actions menées jusqu'à présent dans le cadre du précédent décret ? L'offre a-t-elle été renforcée depuis l'annonce de cette réforme, certes retardée ?

Le processus des Etats généraux social-santé en cours a pour objet de mettre en avant les besoins de la population

à travers la participation citoyenne et d'inclure les apports académiques, de l'administration et du terrain, par le biais des comités stratégiques – dont vous faites partie – et des groupes de travail. Certains acteurs de terrain ne se sentent pas assez impliqués. Quel est votre point de vue sur cette question ?

Comment jugez-vous les mesures de soutien social qui ont été prises dans l'urgence de la crise de la Covid-19 ? Souhaitez-vous leur maintien à long terme ou en tout cas, pour certaines, après leur évaluation ?

Enfin, Monsieur le ministre, vous avez parlé de la nécessité d'un service d'appui. Le CBCS pourrait jouer ce rôle, entre autres pour apporter une aide à la participation citoyenne, à l'évaluation, aux formations et à la coordination. Comment recevez-vous cette offre de services ? Il y a là une réelle expertise.

Qu'en est-il de la proposition d'un groupe de travail qui commencerait déjà à se pencher sur la réforme des textes législatifs ?

Mme Stéphanie Koplowicz (PTB). - Je vous remercie pour la présentation de votre note de vision politique.

Il est essentiel d'écouter les acteurs de terrain pour avancer sur ces questions. Il est aussi primordial d'avoir l'ouverture d'esprit suffisante pour changer fondamentalement notre approche de la politique des soins de santé en général et pour rendre ces derniers accessibles et de qualité, comme vous l'avez dit. Pour le PTB, un changement radical doit être opéré dans ce domaine.

Les déterminants sociaux – accès au logement et à l'énergie, automaticité et individualisation des droits – sont fondamentaux. Je focaliserai mon intervention sur les soins de santé et les aides.

Depuis 40 ans et l'arrivée du thatchérisme en Europe, nous assistons à un sous-financement généralisé et à un manque d'investissement significatif dans les soins de santé. Récemment encore, le budget des soins de santé a été rogné de 900 millions d'euros, ce qui a de lourdes conséquences sur le secteur, autant d'effets que la population découvre avec effarement et empathie à l'occasion de la présente crise sanitaire.

Ces coupes budgétaires ont des conséquences visibles sur les conditions de travail, mais également sur la qualité de l'offre que les soignants et les aidants peuvent apporter. Nous pensons donc qu'il serait bon, à l'occasion de cette crise et en dépit des difficultés qui en résultent, de saisir l'opportunité qu'elle représente pour remodeler fondamentalement notre approche, puisque la situation nous confronte aux mêmes problèmes de manière encore plus brutale. Car, parallèlement à toutes ces coupes budgétaires, la demande de soins ne fait qu'augmenter.

Notre population vieillit et la précarité augmente, avec son lot de stress supplémentaire. Les difficultés liées à la santé mentale sont plus nombreuses, en lien avec les déterminants sociaux, puisque tous ces facteurs de difficulté et de précarité créent énormément de stress et donc aussi plus de demandes en matière de santé mentale. En Région bruxelloise, un quart de la population reporte les soins dont il a besoin pour des raisons financières. Dès lors, même l'accès à l'emploi devrait être intégré dans notre réflexion sur les secteurs du social et de la santé.

Tout ceci doit nous inciter à investir massivement de l'argent public dans ces domaines, au lieu de réduire constamment les dépenses. Et plutôt que de poursuivre une « course à la marchandisation des soins » – comme

vous le spécifiez d'ailleurs dès la première page de votre rapport –, il est indispensable qu'une telle logique de marchandisation sorte du cadre envisagé et que nos soins de santé restent avant tout considérés comme un bien et un service public. C'est une « méta-dimension » qui englobe certes beaucoup d'aspects éminemment divers, mais qui nous semble incontournable pour repenser concrètement et correctement la vision des soins de santé en Belgique.

On entend souvent dire que travailler dans le secteur de la santé est une belle chose. C'est une vocation et les professionnels y mettent de l'énergie, du cœur et de l'esprit. Ils accompagnent les patients et les personnes qui demandent leur aide. C'est très beau et cela suscite beaucoup d'admiration. Concrètement, après quelques premières années à exercer ces métiers, leur enthousiasme est cependant mis à rude épreuve sur le terrain, face à des réalités extrêmement pénibles liées au manque de moyens, et cela pousse beaucoup de gens à quitter leur profession.

Il y a dans les métiers de la santé et du social un taux de renouvellement très important, essentiellement parce que les professionnels concernés se retrouvent dans des situations où ils ne peuvent plus aider les personnes qui ont besoin d'eux. C'est une cause avérée d'épuisement professionnel, dont les cas sont innombrables dans les secteurs de l'aide et des soins, où les dilemmes sont impossibles à résoudre : on veut aider, mais sans en avoir les moyens. Il est donc indispensable de réformer la politique à cet égard.

Outre le manque de moyens, ces professions subissent des exigences élevées de flexibilité. Il faut également noter un manque de respect de la part des autorités : les salaires du secteur social figurent parmi les plus bas de l'échelle salariale. Par conséquent, bon nombre de soignants et d'aidants décrochent. La pandémie ne fait qu'accentuer cette tendance.

La crise que nous traversons a mis en exergue ce qui ne fonctionne pas, comme la course à la rentabilité des hôpitaux, le manque de structures de première ligne, le déficit d'offre en santé mentale, etc. Elle a aussi mis en avant une série d'éléments positifs : l'immense dévouement de tout le secteur, la solidarité qui s'est organisée entre les citoyens, etc. C'est l'occasion de repenser le monde différemment, de manière collective.

Nous tenons par ailleurs à dire que la commercialisation doit prendre fin. Elle est moins présente dans le secteur ambulatoire que dans les hôpitaux et les maisons de repos, mais les professionnels de la santé, le personnel soignant et les intervenants ne sont pas des commerçants. Lorsqu'ils s'occupent de leurs patients, ils ne doivent pas s'interroger sur la rentabilité, ni sur les subsides qu'ils recevront peut-être. Nous devons envisager la manière de supprimer cette pression liée aux résultats et de donner aux aidants les moyens structurels de travailler de manière correcte.

À cet égard, l'une de nos revendications consiste à rendre le travail plus attractif grâce à des salaires décents et une reconnaissance de la pénibilité de ces professions – horaires irréguliers, pauses, travail de nuit. Le secteur non marchand revendique par exemple l'application généralisée des normes de l'Institut de classification de fonctions (IFIC). Cette mesure très concrète, à appliquer immédiatement, sera une manière de montrer du respect aux soignants en les payant décemment pour le travail accompli. Discuter de cet aspect salarial nous semble très

important. L'application de ces normes IFIC engendrera une hausse structurelle des salaires dans tout le secteur.

Par ailleurs, tous ces services emploient non seulement du personnel soignant et du personnel aidant, mais aussi du personnel administratif et du personnel d'entretien, qui contribuent au fonctionnement des services et qui devraient, eux aussi, profiter de cette revalorisation salariale.

Enfin, exprimer du respect à l'égard du personnel soignant ne se limite pas aux applaudissements et à un chiffre sur une fiche de paye. Cela passe aussi par une valorisation de l'organisation des soins. On pense souvent que cette dernière est le fruit d'échanges entre les directions, les médecins et les décideurs politiques. Nous voulons impliquer toutes les disciplines de santé dans ces discussions et réflexions, ainsi que supprimer le lien hiérarchique qui existe parfois de manière excessive entre les différentes professions. Comment peut-on y arriver ? Par le biais de la formation – initiale et continuée –, d'activités d'équipe, des séances d'intervention, des réunions pluridisciplinaires, etc.

Il s'agit de travailler de manière moins hiérarchisée et plus participative. Pour nous, être respecté suppose avoir voix au chapitre. Les collaborateurs et collaboratrices doivent avoir leur mot à dire et être entendus quant aux décisions qui concernent la gestion de l'institution. À ce titre, les pistes d'amélioration doivent venir de la base. Nous sommes impatients de vous entendre à cet égard, afin de savoir comment seront impliqués tant les travailleurs que les usagers de ce secteur.

Il convient aussi de mettre l'accent sur l'importance de la formation, tant individuelle que collective et continue, qui est susceptible de rendre le secteur plus attrayant et plus valorisant et qui permettra de travailler dans de meilleures conditions.

Pour résumer, le PTB estime que la première ligne, en ce compris la prévention, doit être au cœur du système de soins de santé. Aujourd'hui, en Belgique, 5 % à peine du budget total de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) sont accordés à la première ligne, ce qui est vraiment peu par rapport aux besoins. C'est pourtant à ce niveau que la majeure partie du travail de prévention est réalisée.

Ce point pourrait nous mener à un grand débat sur la vision de la prévention, qui a partie liée avec les déterminants sociaux. Nous suivons en permanence une logique curative, ce qui signifie que nous avons toujours une guerre de retard par rapport à ce qui se passe sur le terrain où des pans entiers du dispositif de soins ont été mis à mal en raison du désinvestissement, mais aussi du manque de vision générale.

Selon le PTB, le système de financement devrait aussi être revu. Aujourd'hui, le travail est effectué à la prestation, ce qui est monstrueux car on survalorise ainsi les aspects techniques au détriment des aspects humains.

Comme vous le savez, le PTB est à l'initiative d'un réseau de maisons médicales, Médecine pour le peuple (MPLP), où l'on travaille au forfait. Nous constatons que cette manière de procéder permet une grande flexibilité, ce que la pandémie est venue confirmer. Toutes les maisons médicales fonctionnant au forfait ont pu réorganiser rapidement leurs ressources et travailler davantage dans la prévention. C'est possible si ne prévaut pas la logique du travail à l'acte. Notre perspective suppose au contraire une vision globale qui envisage le patient dans un contexte

plus large et qui permet d'agir avec flexibilité sur les aspects préventifs.

Il est important aussi qu'une structure relie tous les professionnels de la santé. Pour l'instant, les soins et l'approche sont très fragmentés, ce qui rend la coopération très difficile. Vous y avez d'ailleurs fait allusion dans votre présentation. Tant pour les travailleurs que pour les patients et les usagers, l'organisation sur le terrain est compliquée, car il faut tenir compte de nos neuf ministres de la santé et de notre lasagne institutionnelle.

On peut prendre l'exemple de la Suède, où le système de santé publique est construit à partir d'une base centrale. On y fonctionne en quartiers et chacun d'entre eux a son centre de première ligne, où toutes les disciplines travaillent dans un esprit de collaboration. Les centres de première ligne font office de centres de référence pour les habitants. Ce système s'avère nettement plus efficace en matière de prévention.

Cette crise ouvre tout le débat sur l'organisation de l'ensemble des soins de santé. Il faut davantage de ressources et celles-ci doivent être affectées à la première ligne. Telle est la vision des soins de santé que nous voulons promouvoir : réintégrer la prévention comme compétence centrale et repenser les choses avec les acteurs existants, dans le cadre d'une vision globale.

À Bruxelles, par exemple, nous avons déjà proposé une résolution visant à instaurer une maison médicale dans chaque quartier. Voilà comment il faut, en résumé, travailler sur le terrain, en étant au contact des citoyens et directement accessibles à tous.

La vision que je viens d'évoquer requiert un système de santé et de santé mentale solide, correctement financé et axé sur la prévention. Il ne s'agit pas là de détails, mais de solutions pour être mieux armés face aux crises futures. Tirons parti de cette crise-ci pour repenser entièrement les choses en donnant aux professionnels de la santé et de l'aide les moyens de travailler correctement. Tel est notre souhait à tous.

M. Ahmed Mouhssin (Ecolo). - Je souhaiterais vous remercier pour votre note de vision politique. Avant les élections, nous avons l'habitude de recevoir des mémorandums, souvent très bien faits, mais en l'espèce, nous percevons une véritable dynamique qui s'inscrit davantage dans une vision à long terme que dans des revendications à court terme.

Je rejoins 99 % de vos remarques : de l'accès à des soins de qualité pour tous au fait d'intégrer la santé dans toutes les politiques, tout cela s'inscrit dans notre vision politique. Il en va de même pour la place centrale reconnue aux déterminants de la santé. Mon parti soutient également l'intégration des questions de santé dans la lutte contre la précarité. Ecolo souhaite voir chaque quartier pourvu de sa propre maison médicale. Je ne peux pas dissocier la réunion d'aujourd'hui des auditions menées à propos de la Covid-19.

Véritablement, j'ai retrouvé dans vos recommandations celles déjà été formulées par des personnes entendues dans le cadre des auditions sur la Covid-19. Pendant la période de confinement, les maisons médicales ont été un outil extraordinaire d'accompagnement de personnes qui se sentaient perdues. Même les médecins généralistes ont reconnu l'intérêt des maisons médicales et de leur accueil multidisciplinaire.

La lutte contre les dérives de la privatisation a aussi été abordée. Hier, les syndicats que nous avons auditionnés ont mis en évidence le risque que cela induisait. Quant aux

questions relatives à la prévention coordonnée des maladies chroniques et à l'importance de la participation des citoyens usagers, elles reviennent régulièrement dans nos débats.

Je ne comparerai pas notre programme politique avec votre vision politique, mais je reprendrai une série de points que vous avez soulignés et qui ne me semblent pas avoir été suffisamment mis en œuvre.

D'abord, pour le groupe Ecolo, il est évident que le financement du secteur doit rester public. Mais d'après vous, quels sont les vrais dangers ? Où se situent-ils ? En quoi devons-nous faire attention à cette dérive ? Comment s'immisce-t-elle ?

Ensuite, concernant les lieux de dialogue, nous avons auditionné récemment des syndicats qui nous ont confirmé à quel point il était important d'y investir. Ainsi, la concertation avait pu être renouée entre les cabinets, les ministres et les syndicats. Comment voyez-vous l'amélioration de ce dialogue ? Quels sont les lieux qu'il faudrait mieux développer ou renforcer ? Quelles sont les faiblesses actuelles ?

Nous parlons régulièrement de la représentation des citoyens usagers, et très souvent, à propos du résidentiel, des maisons de repos et des hôpitaux. Comment pensez-vous qu'il faille mettre cette représentation en place concrètement ?

Il est vrai, notre pays est une lasagne institutionnelle, mais il est aussi le résultat de notre histoire. Il faut s'impliquer et reconnaître que des hommes et des femmes politiques, dans des situations difficiles, ont trouvé des solutions. Depuis un certain temps, à Bruxelles, Ecolo essaie d'avoir une unité de décision qui passe par le ministre Maron. Avez-vous ressenti une différence ? Cette manière de fonctionner des différents Gouvernements, à Bruxelles, vous semble-t-elle pertinente et aller dans le bon sens ?

Il existe un débat sur des harmonisations de texte, mais aussi sur la simplification administrative. Vous avez parlé du recours aux textes « miroirs », mais cette démarche n'est pas toujours possible. Comment envisagez-vous cela concrètement ? Beaucoup de secteurs se plaignent d'une surcharge administrative. Avez-vous pu mettre le doigt sur ce qui pourrait être simplifié ?

Le volet du non-recours aux droits fait beaucoup débat au sein de nos Parlements. Nous avons organisé des auditions et des discussions sur le sujet. J'aurais souhaité vous entendre davantage sur ce point essentiel.

Par ailleurs, l'une des grandes faiblesses, en Belgique, est l'évaluation insuffisante des politiques publiques. Il n'est pas question de paperasserie, ni de contrôle indu ou excessif, mais d'une véritable évaluation. Nous misons souvent sur l'aspect quantitatif, car il est beaucoup plus facile d'évaluer la dimension quantitative que qualitative. Comment pourrions-nous mieux travailler pour évaluer effectivement les questions qualitatives ?

J'ai le souvenir d'avoir discuté avec une centrale d'appels. Elle m'indiquait automatiquement le nombre d'appels reçus, mais elle m'a rappelé que la qualité de ces derniers était très importante. Les appels sont parfois plus longs. Je trouvais intéressant de fixer également des critères qualitatifs.

Nous sommes présents avant tout pour vous écouter et vous remercier de la qualité de votre travail.

Mme Farida Tahar (Ecolo). - Je me joins aux remerciements que mes collègues vous ont adressés à la

suite de vos trois présentations très complémentaires. Je salue votre note de vision politique, qui sera un véritable outil pour nous, parlementaires, dans le cadre du travail que nous mènerons ces prochaines semaines.

Comme vous l'avez rappelé, je voudrais aussi insister sur le caractère universel de l'accès aux soins de santé. La crise sanitaire a exacerbé les inégalités sociales, y compris en matière d'accès aux soins. Les soins de santé ont été négligés et sous-financés depuis des décennies au sein de notre pays et il aura fallu une crise sanitaire pour nous montrer l'importance de refinancer les soins de santé et les métiers des services de première ligne.

Je tenais également à remercier toutes les fédérations qui contribuent à mettre en lumière les réalités de terrain et qui viennent nous les présenter dans les différents Parlements afin que nous y remédiions par nos politiques publiques.

Concernant le financement, vous avez dit à juste titre que vous aviez reçu d'importants financements de la part du Gouvernement bruxellois. Cependant, vous regrettez que les demandes de financement ne correspondent malheureusement pas à l'accroissement des besoins. Pouvez-vous préciser les besoins que vous n'avez peut-être pas eu l'occasion de rappeler dans votre exposé ?

Le groupe Ecolo est bien évidemment très attentif à l'importance de l'évaluation, de la co-construction et de l'implication des citoyens. Comment concevez-vous cette participation citoyenne dans le cadre des politiques publiques menées dans les domaines de la santé et du social ?

J'aimerais aussi avoir quelques précisions quant à la façon dont vous avez intégré le processus des travaux dans le cadre des Etats généraux.

L'approche systémique, territoriale et structurelle de l'aide et de l'accès aux soins de santé est importante pour prendre en considération tous les besoins en fonction des quartiers et des populations. Nous avons bien entendu reçu un rapport théorique et j'aimerais savoir comment celui-ci se traduit sur le terrain pour les différents services de première ligne.

Comment envisagez-vous la proposition de constituer un groupe de travail autour de cette possible refonte des textes légaux ? Enfin, vous avez rappelé à juste titre une série de recommandations qui se retrouvent dans différents plans existants. Quelles sont les priorités que vous pourriez mettre en lumière et qui nous aideraient finalement aussi à poursuivre nos travaux ?

M. Christophe De Beukelaer (cdH). - Je me joins aux nombreuses questions qui ont déjà été posées, mais j'attirerai l'attention sur deux ou trois points qui me tiennent particulièrement à cœur.

Le premier concerne la cohérence à Bruxelles. C'est une évidence et l'un de mes chevaux de bataille : nous devons simplifier les choses à tous les niveaux. Nous n'avons plus les moyens de perdre notre énergie, notre efficacité et notre temps dans cette multitude d'institutions. Je suis donc entièrement d'accord avec vous, comme tout le monde, sans doute. Reste à joindre l'acte à la parole, en tant que responsables politiques.

Vous savez qu'une réforme de l'État se prépare pour dans quelques années, mais elle prendra du temps. J'aimerais vous demander ce que nous pourrions déjà améliorer à très court terme, au niveau bruxellois. S'agirait-il de renforcer la lisibilité des institutions, de mieux répartir les compétences de notre côté ? Pour aller un pas plus loin – je l'appelle de mes vœux-, nous devons inévitablement

lancer un débat avec les autres Régions, ce qui prendra du temps.

Le deuxième point porte sur l'accessibilité et la réflexion territoriale, que nous sommes plusieurs à trouver très intéressante. Pouvez-vous nous dire plus concrètement quels types de services sont mal répartis ? Pour dire les choses clairement, il s'agit moins d'une mauvaise répartition que d'une insuffisance de services. Sauf si vous nous dites qu'il y en a trop dans certains quartiers ! J'ai plutôt le sentiment que la territorialité permettrait de mettre en évidence le manque à plusieurs endroits. Sommes-nous d'accord sur ce point ?

Vous avez le mérite de bien définir l'intersectorialité en deux parties : dans les services mais aussi au niveau du quartier.

Comment y parvenir sans aboutir à de la réunionite aiguë, qui représenterait une perte de temps et d'énergie pour tous les acteurs ? J'ai beaucoup travaillé dans le social au niveau communal et je constate que cette envie – certes légitime – de travailler ensemble mène à de la lourdeur pour tous les acteurs. Disposez-vous d'exemples concrets où nous pourrions voir cette articulation ?

Concernant l'approche marchande du secteur social-santé, je vous rejoins tout à fait. Nous devons mettre en place une autre logique de gestion. Il y a une nécessité de transparence à l'égard des citoyens, ainsi que d'une efficacité d'utilisation des moyens publics. Comment articuler ces deux éléments ?

Pour moi, le maître-mot est la confiance. En effet, nous devons davantage nous diriger vers un système de confiance. Cela vaut aussi pour l'enseignement. La confiance permet de l'autonomie et de la liberté d'action pour les acteurs de terrain. C'est la direction que nous devons suivre.

Néanmoins, j'ai encore du mal à concevoir comment nous pouvons mettre en place une telle mesure.

Merci pour votre travail. Cette note fera date et permettra de structurer nos travaux dans les multiples processus en cours. Sachez que ce Parlement souhaite vous soutenir dans cette démarche et utiliser au mieux votre travail.

M. Michael Vossaert (DéFI). - Merci pour ce travail et cette présentation, qui favorisera le travail législatif.

Beaucoup d'entre nous ont souligné la nécessité de renforcer et de revaloriser la première ligne dans de nombreux secteurs. Avant la crise sanitaire, le Collège avait déjà fait de ce point une de ses priorités. Il importe maintenant de tirer les leçons de cette crise et de voir comment structurer et pérenniser certaines des mesures prises.

Par ailleurs, il est indispensable de se raccrocher à la ligne de conduite, au cap tracé par le Collège. Dans le cadre des soins de santé, un ou plusieurs métiers méritent d'être valorisés. Cette valorisation ne se fera pas d'elle-même mais nécessite une concertation large, non seulement au niveau de la Commission communautaire française, mais aussi au niveau fédéral.

Nous appelons donc de nos vœux la création d'Etats généraux de la santé et du social au plus haut niveau. Toutefois, le Collège s'était déjà engagé dans des Etats généraux social-santé, et il importe de faire le lien avec le travail déjà réalisé, comme cela a été le cas avec le plan santé sous la précédente législature. Pour les Etats généraux social-santé, cela revient à impliquer le terrain et les acteurs de première ligne et à faire en sorte que la

participation citoyenne se déroule dans les meilleures conditions.

Je ne vais pas répéter toutes les questions de mes collègues, mais je rejoins nombre d'entre elles. J'insiste néanmoins sur la prévention, qui est l'une des mesures devant permettre de désengorger la première ligne, mais il existe plusieurs façons de procéder, et la réponse reste complexe et multiple.

Je terminerai par les questions institutionnelles : il va sans dire que l'efficacité de nos politiques francophones mérite d'être rediscutée en toute franchise et sans tabou, de façon à déterminer les points à améliorer. Le retour du terrain que vous exprimez est dès lors important dans ce débat.

Je vous remercie pour vos présentations qui nous aideront à poursuivre notre réflexion et nos travaux au cours des prochains mois.

M. Alain Maron, ministre. - Je remercie le CBCS et en particulier l'Interfédération ambulatoire (IFA) pour cet exposé très instructif ainsi que pour le travail de coordination politique mené de manière générale à Bruxelles. Grâce à vos initiatives, nous bénéficions de recommandations concertées et formulées par l'ensemble du secteur social-santé ambulatoire en Commission communautaire française. Ces recommandations sont essentielles pour nous permettre d'intégrer les réalités du terrain dans les politiques et ainsi d'améliorer l'efficacité de ces dernières.

Depuis le début de la législature, nous avons eu l'occasion de nous rencontrer à plusieurs reprises. Ces rencontres sont précieuses et vos avis nous éclairent. J'espère que nous poursuivrons nos discussions en présentiel dans un avenir pas trop lointain. Ce serait plus convivial et plus efficace.

Votre travail nous permet de mettre à plat les enjeux liés à l'organisation des heures de service au niveau de la Région bruxelloise.

Nous partageons avec vous plusieurs constats :

- la complexité institutionnelle croissante des secteurs ;
- l'accroissement de la précarité et des inégalités, notamment en raison de la crise sanitaire actuelle ;
- la transition épidémiologique ;
- l'augmentation des maladies chroniques, des situations complexes et du vieillissement ;
- l'augmentation des problèmes de santé mentale ;
- une multiculturalité croissante du public.

Ces réalités engendrent de nombreux problèmes d'accessibilité et génèrent un échelonnement dans la continuité des prises en charge au niveau intersectoriel. Selon moi, la continuité et l'accessibilité des soins sont les deux problèmes les plus difficiles et les plus urgents à résoudre.

Je partage l'essentiel de vos constats ainsi que la vision politique qui découle de votre note afin de remédier à ces problèmes. J'ai déjà eu l'occasion d'en débattre avec vous et l'ensemble des membres de l'IFA en novembre 2020.

Je vous propose de reprendre les éléments qui me paraissent essentiels et de vous expliquer en quoi nous

partageons les recommandations et les valeurs de cette vision.

Les points que vous relevez sur le non-marchand et l'accessibilité des services pour tous – en particulier les plus précaires – sont au cœur de nos politiques. Il est absolument essentiel de pouvoir garantir à toutes et tous un accès égal à une offre d'aide et de soins dans un espace de proximité accessible à pied, ou facilement accessible en transports en commun. L'offre doit également devenir plus lisible et accessible, et le droit à l'information doit être garanti.

Depuis près d'un an, nous avons renforcé nos approches individualisées par quartier, la santé communautaire, les services de soins hors les murs (*outreach*), la mobilité, les soins de santé primaire, la prévention et la réduction des risques, de façon à être au plus près des besoins des citoyens. Nous poursuivrons dans cette voie afin de garantir des soins adaptés à tous les groupes de la population, quels que soient leur profil, leur origine, leur orientation sexuelle, leur éventuel handicap, etc.

Le renforcement des secteurs en santé mentale, en lutte contre les assuétudes ou encore en promotion de la santé – dans le cadre du plan de relance – s'inscrit dans ces mêmes objectifs. Il est plus que jamais essentiel de continuer à agréer de nouvelles maisons médicales, afin de renforcer l'accessibilité aux soins de santé primaires par les biais communautaires et de proximité à l'échelle des quartiers. Nous avons agréé de nouvelles maisons médicales et nous entendons bien continuer à le faire.

Parallèlement, nous lançons par le biais de la Commission communautaire commune cinq contrats locaux social-santé (CLSS) dans cinq quartiers jugés prioritaires par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale. Cette nouvelle méthode n'en est encore qu'à ses prémises, mais elle nous semble prometteuse. Ici aussi, elle dépendra bien entendu du renforcement des lieux de soins primaires au niveau des quartiers.

Ce type de programmation nécessite une accessibilité géographique. Nous nourrissons l'ambition de mettre en place un service minimum assuré à l'échelle d'un quartier, tout en garantissant le droit des patients et leur autonomie dans le choix de leur trajectoire de soins.

L'universalisme proportionné est l'un des fondements principaux de la philosophie politique que nous essayons d'appliquer dans tout ce que nous mettons en œuvre. Nous entendons par là cibler les publics les plus vulnérables et répondre en priorité aux problèmes de celles et ceux qui en ont le plus besoin.

Si les services de première ligne doivent rester les plus généralistes possibles, nous souhaitons aussi, conformément aux accords du Gouvernement, qu'ils continuent à inscrire leurs actions dans cette approche proportionnée. Celle-ci vise à réduire les inégalités d'accès aux services et à s'assurer que l'on donne des réponses en priorité à ceux qui en ont le plus besoin.

Je citerai l'exemple tiré d'une étude de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale. Les soins dentaires préventifs chez les enfants sont gratuits pour tous les enfants de moins de 18 ans chez les dentistes conventionnés. Et plus de la moitié des dentistes sont conventionnés à Bruxelles. Or, on constate que les enfants habitant le sud-est de la Région bénéficient presque deux fois plus de ces soins que les enfants du Pentagone, du

quartier nord, de Cureghem ou Molenbeek. C'est inadmissible !

Le frein n'est pas financier, puisque ces soins sont gratuits. Il s'agit d'un autre enjeu. C'est pourquoi nous devons adopter le principe d'universalisme proportionné et décliner nos politiques différemment dans chaque quartier, en fonction des réalités locales. Nous devons avoir une approche sur mesure, plutôt que « clé sur porte », car nous n'avons pas tous les mêmes besoins, ni les mêmes chances au départ.

En ce sens, nous travaillons aussi à renforcer la fonction 0,5 dans les services de base de l'ambulatoire bruxellois, en support des initiatives existantes, comme la concertation 0,5 qui devrait être coordonnée par Brusano à l'avenir.

Par ailleurs, vous relevez à juste titre l'importance de la démarche ascendante (*bottom-up*), afin de garantir un dialogue continu avec les secteurs, les fédérations et les citoyens. Cette démarche fait partie intégrante de la dynamique des Etats généraux social-santé et des processus participatifs développés dans ce cadre.

Nous espérons aussi pouvoir soutenir à plus long terme le développement de recherches participatives, tant en collaboration avec les professionnels de terrain qu'avec les usagers. Le week-end dernier, j'ai participé à la finalisation d'un des ateliers participatifs menés dans le cadre des Etats généraux. Les conclusions étaient très intéressantes.

Ces démarches participatives ont pour objectif de nourrir une approche bruxelloise cohérente des problématiques sociales et de santé. Il est essentiel de veiller à la construction d'une vision commune et cohérente entre les politiques menées par les différents niveaux de pouvoir, afin de permettre une action concertée et orientée vers des objectifs communs.

En ce sens, nous veillons autant que possible à l'harmonisation des textes réglementaires et à la cohérence des politiques pour une même matière entre la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune.

Il est absolument nécessaire, comme vous le suggérez, d'intégrer les matières sociales et de santé entre elles : le Plan social-santé intégré est l'un des objectifs principaux de « Brussels Takes Care ».

L'objectif de ce plan est d'aller dans le sens – que vous défendez – d'un renforcement structurant de l'intersectorialité pour l'ensemble des secteurs du social et de la santé.

Encore une fois, cela doit se traduire par des prises en charge globales et concertées entre services et secteurs, à des échelons proches, et ce avec l'appui et la participation des coordinations sociales.

La construction du plan est donc en cours. Elle nous permet d'expérimenter et d'approfondir ces différentes démarches, avec les groupes de travail thématiques regroupant les secteurs, universités et administrations, d'abord, et avec le panel citoyen – qui a rassemblé en trois demi-journées un échantillon représentatif de la population bruxelloise et de sa perception des services sociaux et sanitaires –, ensuite.

Le processus de concertation n'est d'ailleurs pas terminé : le Comité stratégique du Plan doit encore se réunir plusieurs fois et les conclusions des processus achevés

seront bientôt présentées dans les différents conseils consultatifs.

Dans le même ordre d'idées, nous prévoyons de procéder à la refonte du décret social-santé ambulatoire, afin de permettre davantage de souplesse dans la façon dont l'administration peut reconnaître les nouvelles formes d'organisation des services et de collaboration entre services.

Comme vous le savez, la rigidité d'un certain nombre de cadres réglementaires constitue un frein à la volonté de développer une plus grande intégration.

Nous sommes bien conscients des mises en garde que vous nous adressez. Soigner de manière intégrée demande du temps, car le travail en réseau doit sans cesse se reconstruire et se réinventer vu qu'il est confronté à des dynamiques complexes d'évolution des problèmes sociaux et de santé.

Ce travail nécessite un métissage des pratiques et la création de liens de confiance entre les professionnels et les autres institutions. À cette fin, l'évaluation de ces dynamiques et de l'activité doit, elle aussi, être qualitative. Nous pourrions dès lors accompagner les dynamiques institutionnelles et les changements induits par les politiques nouvelles, qui sont brièvement évoquées entre les lignes de force de la vision politique reprise dans votre note.

Dès lors, ne doutez pas de notre attention à tout ce que vous produisez, ni de notre détermination à travailler de manière transversale avec les secteurs et à faire en sorte que les services et les institutions répondent de mieux en mieux aux besoins des Bruxelloises et des Bruxellois, quels que soient leur origine socioculturelle et leur quartier. Nous pourrions alors transcender la lasagne institutionnelle à cet égard.

M. Alain Willaert, coordinateur du CBCS. - Vous avez posé beaucoup de questions, mais il en est auxquelles nous ne pouvons pas répondre. Cela montre que la concertation entre secteurs, mais aussi entre secteurs, administrations et acteurs politiques doit se poursuivre parce que les sujets à traiter sont nombreux. J'aimerais, à partir d'un exemple concret, en traiter plusieurs en même temps. Il s'agit de l'articulation entre le travail sur le terrain et la complexité institutionnelle, notre proposition de faire du CBCS un véritable centre d'appui et les contraintes de fonctionnement imposées par l'octroi de subventions annuelles.

Le CBCS participe activement à deux groupes de travail – Ars collaborandi et Care in the City –, qui réunissent des points d'appui de la deuxième ligne des différents pouvoirs subsidiaires sur le territoire régional :

- le Centre de documentation et de coordination sociale (CDCS-CMDC), Brusano et l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale (Commission communautaire commune) ;
- le Kenniscentrum Welzijn Wonen Zorg et Huis voor Gezondheid (Vlaamse Gemeenschapscommissie) ;
- le CBCS (Commission communautaire française).

Nous nous réunissons dans un groupe de travail du nom d'Ars collaborandi. Dans ce cadre, les mêmes parties sont impliquées, auxquelles vient s'ajouter perspective.brussels pour faire le lien entre les matières communautaires de santé et d'aide aux personnes, d'une part, et les matières

régionales d'urbanisme et relatives au bien-être dans notre ville, d'autre part.

Nous venons de prendre la décision de constituer un groupe de travail dont le but sera d'aborder la question de la territorialisation. C'est ma collègue Evelyn Wetz qui est en charge de ce dossier. Comme je vous l'ai déjà dit, sur le terrain, nous avons pris le parti de composer avec les difficultés liées à cette complexité institutionnelle. L'idée est de nous réunir entre points d'appui, de mettre nos expériences et compétences en commun et de mener une réflexion conjointe. Pour ce faire, nous aborderons une série de thématiques, dont celle de la territorialisation. Celle-ci soulève des questions auxquelles, précisément, nous ne pouvons pas répondre.

Il est vrai que dans le cadre des contrats de quartier, le plus important est de répartir le territoire suivant des données davantage administratives. Je pense ici aux communes. Certes, mais que faire alors quand un diagnostic communautaire nous apprend que des problèmes sont survenus dans un quartier situé à cheval sur deux communes ? Dans le même ordre d'idées, que faut-il faire lorsqu'un patient n'a pas envie, peut-être à raison, d'aller se faire soigner dans le service de santé mentale en face de chez lui et qu'il préfère aller le plus loin possible pour n'être vu de personne ?

Je voudrais établir un lien avec ce qui précède en évoquant notre demande de voir la Commission communautaire française se doter d'un centre d'appui digne de ce nom. Sachez que si nous pouvons être présents au sein de ces deux groupes de travail, c'est uniquement grâce à une subvention d'initiatives que nous espérons tous les ans voir renouvelée, alors que notre présence fait partie intégrante de nos missions et qu'elle devrait donc être garantie par un soutien structurel.

Pour élargir mon propos relatif aux soutiens d'initiatives, sachez aussi que, il y a quelques années, le bureau de notre conseil consultatif a rendu un avis en ce sens. Il nous semble que les budgets d'initiatives devraient réellement servir à l'innovation. Or, nous sommes pratiquement obligés de tronçonner tout ce qui relève de nos missions afin de les présenter chaque année comme autant d'innovations, dans le seul but de correspondre à la définition des budgets d'initiatives. Nous faisons donc en sorte de présenter certaines tâches comme « innovantes », alors qu'elles répondent parfaitement aux conditions de notre agrégation officielle.

Je vous ai brossé un tableau très rapide de la situation, mais il m'est difficile d'aller plus loin tant la matière est abondante.

J'en viens aux dangers de la marchandisation. Bruxelles, et plus généralement la Belgique, pourraient user de leur influence auprès de l'Union européenne pour faire en sorte que tel secteur ne puisse plus être soumis aux règles de la concurrence. Cette démarche pourrait se révéler utile, de même qu'il conviendrait aussi d'éliminer la concurrence entre services associatifs en réservant les appels à projets à court terme pour mener des initiatives innovantes qui demandent à prouver leur efficacité et non plus pour assurer nos missions de base.

Dans notre note de vision, nous appuyons vraiment sur la fonction 0,5 et pas sur la ligne 0,5. La différence entre les deux revient à se demander pourquoi, parlant des services de première ligne, une ligne 0,5 s'est créée *de facto*. La raison en est qu'à un moment donné, les services de première ligne ont dû procéder à un « écrémage » – ce terme provoquerait une levée de boucliers parmi les

professionnels, mais je l'emploie pour aller droit au but – à cause du phénomène d'hypersaturation. À ce propos, je vous invite à relire notre rapport intersectoriel 2018 : quand on est confronté à de l'hypersaturation, on ne peut plus s'occuper de tout le monde.

Notre position consiste à dire que si l'on crée une ligne 0,5, d'ici à dix ans, il faudra créer une ligne 0,25, et ainsi de suite. Mais une fonction 0,5, par contre, a tout son sens, une fonction de soutien qui permettrait à tous les services de première ligne de redescendre au plus bas dans l'accueil des usagers et des patients concernés.

S'agissant du champ ambulatoire, nous devons être extrêmement attentifs : la volonté de ne plus avoir qu'un seul secteur ambulatoire amalgamé est dangereuse. Les dix portes d'entrée dont nous disposons actuellement ont toutes leur raison d'être, avec des sensibilités et des approches différentes qui font que la réponse sur le terrain est bien diversifiée. Si, à l'inverse, nous devions considérer d'un même œil une série de services qui sont quasiment obligés de faire la même chose, nous risquerions de perdre un certain nombre de compétences pointues.

M. Jacques Moriau, chercheur au CBCS. - Vos questions sont nombreuses et sont les mêmes que nous nous posons.

Je souhaite revenir sur la territorialisation, qui est, selon moi, le point central. Les CLSS, par exemple, vont tout à fait dans le bon sens, pour autant qu'ils respectent certaines conditions, comme l'importance du diagnostic communautaire. Inscrit dans la méthode des CLSS, cette pratique permet de garder ce que j'appelle une « approche écologique ».

Comme Alain Willaert vient de le dire, il s'agit de trouver un équilibre entre un minimum de services offerts à tous et la mise en œuvre de politiques plus ciblées là où elles sont nécessaires, en tenant compte de la particularité de chaque territoire. Selon de nombreuses études réalisées sur le sujet, un territoire devrait compter entre 20.000 et 25.000 personnes. Ce chiffre peut néanmoins être discuté en prenant en considération des questions d'échelle.

Il faut trouver un équilibre entre les services minimaux, comme les maisons médicales et les services de santé mentale, qu'il faut pouvoir trouver « au coin de la rue », et d'autres services qui ont pour vocation de s'adresser à la population de l'ensemble du territoire, ou à des populations beaucoup plus ciblées. C'est le cas, par exemple, de cliniques de santé mentale axées sur les migrants. Cela n'aurait évidemment aucun sens qu'il y en ait partout. Il faut donc trouver des équilibres et en discuter.

À cet égard aussi, les CLSS vont dans le bon sens, étant donné qu'ils laissent le temps aux coordinations locales de se mettre en place et de procéder à une évaluation puisqu'il s'agit de programmes étalés sur cinq ans. Ces contrats incluent les pouvoirs publics communaux par l'intermédiaire des CPAS, ainsi que les associations. Toutefois, il y a lieu de financer la coordination et le travail en réseau, éléments qui ne sont jamais pris en compte dans les financements tels qu'ils existent actuellement, en tout cas dans beaucoup de services financés par le décret ambulatoire.

Les services de première ligne ont besoin que les heures passées à se coordonner pour mieux travailler soient financées au même titre qu'un médecin qui reçoit un patient dans son cabinet, ou qu'un travailleur social qui remplit un formulaire avec l'usager. Cela fera de plus en plus partie du travail. Nous ne pouvons pas à la fois dire

que les situations se complexifient, deviennent chroniques, et ne pas financer le travail consistant à s'organiser pour répondre à cette complexité.

J'insisterai sur la question du diagnostic communautaire, parce que je pense que c'est un outil vraiment indispensable pour le pilotage de l'action sur le terrain. Nous donnons peut-être l'impression d'être contre l'évaluation, mais ce n'est pas du tout le cas. Personnellement, je serais même preneur d'un Plan directeur social-santé dans la Région, pour que tout le monde travaille avec une vocation régionale sur un tableau de bord et des indicateurs. Il faut se donner les moyens d'avoir des indicateurs tenant compte de la durée et des aspects qualitatifs, dont la notion de santé subjective chez la population. Nous devons réfléchir à cet élément de manière concertée afin de pouvoir l'intégrer.

Il est vrai que nous sommes ici en dehors de l'exemple précédent, du nombre d'appels ou d'actes particuliers posés.

Cela renvoie à un autre point qui me semble essentiel, à savoir la notion de responsabilité populationnelle : nous sommes responsables de l'évolution d'une série d'indicateurs sur notre territoire. Il nous appartient de veiller à ce que les indicateurs évoluent dans le bon sens. En fonction de l'endroit, il s'agira de la prévalence d'une maladie, du niveau de pauvreté, etc.

Cette notion de responsabilité populationnelle est au moins aussi importante que des objectifs chiffrés ou qu'un appel à projets très pointu lancé par une entité subsidiaire. Le fait de s'imposer la responsabilité d'améliorer la situation de la population avec laquelle on est amené à travailler nous rapproche d'un paradigme basé sur la confiance. Les professionnels qui travaillent dans ces services exercent avant tout leur métier par vocation. Un contrat qui renvoie à la responsabilité collective par rapport au bien-être de la population sur un territoire vaut bien un contrat de subordination d'un appel à projets quelconque.

La question de la participation est, elle aussi, centrale. Certes, elle est liée à la culture de travail, mais il s'agit aussi, pour l'usager, de se sentir impliqué. Ce dernier ne bénéficie pas seulement des services, il participe à leur construction. De nouveau, cela prend du temps de développer cette culture, mais nous avons vu, avec les Etats généraux, qu'il était possible de mettre rapidement sur pied des concertations d'usagers. D'après ce que dit M. le ministre, elles portent leurs fruits. Nous pouvons imaginer des conseils d'usagers par quartier, des diagnostics communautaires récurrents, qui permettent de prendre le pouls de la population de façon régulière.

De très nombreuses associations sont spécialisées en action participative. Il y a donc moyen de mettre des choses en place. Cette note de vision politique suggère de nombreuses pistes qui relèvent de la modification de paradigmes. Il s'agit de changer la manière de penser et d'envisager les relations entre soignants et patients. La crise de la Covid-19 est, à cet égard, un signal fort qui montre combien cela va dans les deux sens. Ce n'est pas une simple offre de services, c'est une véritable relation, qui doit elle aussi être soignée.

En ce qui concerne la suite des Etats généraux, l'appropriation par les professionnels et l'implication de ces derniers, tant dans les concertations que dans l'élaboration des nouveaux textes réglementaires, la fonction consultative constitue un excellent appui. Il faut donc lui

donner du poids en faisant pleinement fonctionner les conseils consultatifs.

M. Alain Willaert, coordinateur du CBCS.- Je renvoie les députés au 9 février prochain. Officiellement, nous serons amenés à évoquer les conseils consultatifs par la présentation du rapport 2019. Nous ne le ferons évidemment pas, mais nous ferons autre chose d'amusant.

M. Jacques Moriau, chercheur au CBCS.- La fonction consultative est vraiment synonyme d'enjeu. Nous disposons des outils, à nous de les faire fonctionner au mieux, d'une façon qui soit plus en accord avec les services de terrain et les pouvoirs publics. C'est là l'un des leviers sur lesquels nous pouvons travailler.

Pour ce qui est de l'évaluation des services, notre inspection les connaît très bien, mais on leur demande des rapports d'une pauvreté incroyable, axés uniquement sur le respect de la loi. Et la plupart du temps, les services respectent les textes légaux.

Par contre, les rapports d'inspection qui arrivent au conseil consultatif n'indiquent pas ce que font concrètement les services, s'ils apportent des éléments intéressants, s'ils remplissent leurs missions et de quelle manière, ni s'ils envisagent des mesures différentes de celles que prévoit le décret mais mieux adaptées aux besoins de la population. Et c'est évidemment là que ça se joue.

Nous pouvons bien évidemment nous appuyer sur la compétence des services d'inspection, mais il faut leur faire jouer un rôle qui a du sens, qui ne soit pas seulement administratif dans le mauvais sens du terme. Il est plus intéressant de coller à la réalité que de coller au texte, surtout quand la réalité est complexe.

M. Alain Willaert, coordinateur du CBCS.- Je souhaiterais rebondir sur quelques éléments.

J'ai entendu M. Mouhssin se réjouir que ce texte ne soit pas un simple mémorandum déposé juste avant les élections et qu'il soit plus large. Ce texte est en réalité dû au remue-ménage observé un peu partout en faveur d'une révision des dispositifs de soins, dans l'objectif de faire mieux avec les moyens dont nous disposons.

L'idée de ce texte est bien de baliser le terrain. Tout dispositif que l'on souhaitera mettre en place devra satisfaire aux balises énoncées dans la note de vision. Ces dispositifs pourront sensiblement différer les uns des autres sur le plan pratique, pour autant qu'ils respectent les balises.

La note de vision n'a pas été rédigée uniquement à l'attention des décideurs politiques, elle l'a également été à notre propre attention. Je prendrai l'exemple de l'usager-citoyen : si des textes législatifs encouragent et facilitent la participation citoyenne, celle-ci ne se décrète pas pour autant ! Si une association décide de réserver au sein de son conseil d'administration une ou plusieurs places à des usagers de son service, il faut la laisser faire, mais il ne faut pas non plus l'y obliger.

Je souhaiterais aussi revenir sur la question de la pertinence ou la non-pertinence de ma toute première phrase. J'ai dit que le financement actuel des services social-santé ne correspondait plus à l'accroissement des besoins. On m'a demandé comment je pouvais tenir de tels propos et comment je pouvais les justifier. À cet égard, je vous renvoie tout simplement à notre rapport intersectoriel 2018, dans lequel il est très clairement fait

mention d'hypersaturation, ce qui est une donnée importante.

Il est aussi question de la complexification des demandes. Un usager soumet, par exemple, une demande particulière et l'anamnèse sociale en fait découvrir d'autres qui n'ont pas été exprimées directement. Ou durant une demande d'intervention, on se rend compte qu'il faut mettre en règle les papiers de la personne. Cette complexification exige que l'on passe plus de temps avec les citoyens qu'on ne le faisait il y a trente ans.

Nous avons aussi parlé de désinvestissement de l'État. Certes, la Fondation Roi Baudoin l'a montré. Mais j'ai constaté qu'à chaque fois que l'État fédéral se désinvestissait, la Région bruxelloise s'est demandé comment sauver les meubles ! Je tiens à le souligner.

M. Jacques Moriau, chercheur au CBCS. - Je reviens sur les améliorations à apporter à très court terme et la programmation des services. Il est clair qu'il en faut plus partout. Agréer des maisons médicales et renforcer la santé mentale sont de bonnes démarches, mais les besoins de la population ont changé par rapport aux localisations des services, qui datent parfois des années 1970 ou 1980. Nous nous retrouvons de ce fait avec des quartiers très localisés proposant une offre pléthorique. Même si cette démarche devra être négociée par l'IFA, je pense qu'il faut que certains services bougent dans la ville.

Bien sûr, cela n'a de sens que si nous repensons la programmation au niveau de toutes les entités fédérées. La programmation à Bruxelles ne se limite pas à la Commission communautaire française, à la Vlaamse Gemeenschapscommissie ou à la Commission communautaire commune, mais elle est régionale.

Enfin, en ce qui concerne les financements, il est clair que le décret ambulatoire actuel comporte des manquements et des incohérences, car chacun de ses volets implique un mode de financement particulier. Des postes équivalents peuvent être financés d'une façon différente selon le secteur dont ils relèvent. Une harmonisation s'impose d'urgence. Avant tout, il faut préserver, voire libérer davantage la question de l'agrément, c'est-à-dire le fait que les financements soient liés à une mission générale des services, et non à des projets ou des termes temporels particuliers.

J'irais même plus loin. Je pense qu'il conviendrait de libérer une toute petite part – de l'ordre de 2 % ou 3 % – du budget de chacun des services agréés. L'IFA y serait également favorable. Ce financement libre permettrait aux services de répondre rapidement à des problèmes particuliers ou à des demandes de publics spécifiques, et de tenter des pratiques nouvelles, quitte à voir leurs tentatives échouer.

Ces budgets, dont l'usage serait bien entendu justifié administrativement, seraient destinés à la création et à l'innovation sociale et non plus uniquement à l'accomplissement de missions ayant parfois été définies il y a 15 ou 25 ans.

Mme la présidente. - Avant de donner un temps de parole de cinq minutes aux différents groupes, je tiens à relever quelques éléments.

Je trouve très intéressant le concept de « responsabilité populationnelle », qui n'est pas souvent évoqué.

Certains éléments évoqués relèvent du Gouvernement, comme votre demande d'accessibilité et de qualité des

services, votre référence à la territorialité et à la cohérence des politiques, à la pérennité du travail, aux budgets, au financement et à l'agrément.

Le Parlement, quant à lui, peut s'emparer des questions de l'évaluation des politiques et de leur cohérence, ainsi que notre manière de fonctionner. Il peut également agir en faveur de la participation. Pensons aux Jeudis de l'hémicycle et au travail en commission.

Enfin, les rapports des Conseils consultatifs seront prochainement présentés en commission plénière. Bien qu'importants, les rapports et les avis ne sont pas toujours pris en considération. Les services savent que les textes qui nous seront présentés seront automatiquement accompagnés de l'avis du Conseil consultatif, s'il existe. Cela vous paraît peut-être normal, mais je puis vous assurer qu'il n'en a pas toujours été ainsi. C'est au moment de la commission, et non lors de la séance plénière, que ce document devra être disponible. C'est notre engagement en tant que parlementaires.

M. David Weytsman (MR). - Je vous remercie pour votre exposé et vos réponses.

J'ai particulièrement apprécié cette réflexion et nous devons effectivement approfondir la question de la territorialité. J'aimerais comprendre ce qui vous empêche de pouvoir approfondir votre réponse. Pour avancer, quels sont les besoins que nous devons identifier et les données dont nous devons disposer, tant en matière de territorialité que de « responsabilité populationnelle » ? Il s'agit de beaux principes, au sens noble du terme.

À l'heure actuelle, dispose-t-on, en Belgique, de l'ensemble des données nécessaires pour aller aussi loin qu'on le souhaiterait dans la réflexion ? Dans la négative, que

doit-on faire ? J'avoue ne pas être encore en mesure de répondre à cette question. Si vous estimez normal que l'on ne puisse pas y répondre à l'heure actuelle, que devrions-nous mettre en œuvre pour pallier ce manquement rapidement ?

Mme Véronique Jamoulle (PS). - Merci pour toutes ces précisions, ces informations, et tout ce que cet échange a permis de mettre en évidence.

Je rejoins la question de M. Weytsman sur la territorialité. Qu'est-ce qui manque ?

Quel rôle pourraient jouer les CPAS, notamment au travers de leur coordination sociale et de leur connaissance des spécificités des populations de leur territoire ? Celui-ci dépasse l'échelle des quartiers.

La responsabilisation des services subventionnés est intéressante. Trop souvent encore, les évaluations se font de manière quantitative et ne permettent pas de sentir le formidable travail qui se cache derrière les chiffres. C'est cependant à utiliser avec des pincettes, car on ne peut pas appliquer les mêmes indicateurs à tous les services et à tous les types de population. Cela peut être à double tranchant.

Je suis sûre que nous poursuivrons ce dialogue à travers la commission, les résultats des États généraux et le travail que vous continuez de faire.

Mme la présidente. - En effet, nous allons continuer cette discussion à tous les niveaux, je n'en doute pas.

Mme Stéphanie Koplowicz (PTB). - Permettez-moi de solliciter encore votre avis sur trois points.

Vous avez évoqué la fonction consultative de nombreux organismes. Selon les responsables de certains d'entre eux, surtout dans le monde des personnes en situation de handicap, le problème réside dans le fait que leurs avis n'ont rien de contraignant et qu'ils ne sont dès lors pas pris en considération. Qu'en pensez-vous ?

Mme la présidente nous annonce qu'ils seront dorénavant obligatoirement intégrés dans les rapports, ce qui représenterait déjà une avancée. Mais dans quelle mesure pourraient-ils devenir contraignants ? Ce caractère obligatoire permettrait que les personnes qui consacrent souvent beaucoup de temps à la rédaction de ces riches rapports voient leur travail mieux reconnu.

Vous avez aussi évoqué la question du financement. Si j'entends bien, vous déplorez le fait d'avoir à répéter chaque année les mêmes démarches pour obtenir le renouvellement de vos subventions, car celles-ci vous sont octroyées par projet et non de manière structurelle. L'idée serait donc d'agréer plutôt des services incluant cette importante marge d'innovation. Certains responsables de services – et je pense en particulier à ceux de DoucheFlux – se plaignent en effet d'être encore subsidiés et de devoir se justifier chaque année comme s'ils innovaient, alors qu'ils démontrent depuis quinze ans les effets bénéfiques de leur action. Est-ce bien ainsi qu'il faut comprendre votre intervention à ce sujet ?

Enfin, à propos de l'offre, vous avez parlé de la notion de territoire et estimé que certains services devraient être accessibles « au coin de la rue » : maisons médicales, centres de santé mentale et autres services basiques. Votre idée serait-elle d'élargir les perspectives ? Dans certaines maisons médicales par exemple, des psychologues sont présents d'office. Quelle est votre conception de la maison médicale de quartier idéale ? Quels services pourrait-elle intégrer pour mieux prodiguer les soins localement ?

Cette question m'intéresse au plus haut point. Comment verriez-vous l'offre territorialisée idéale, en partant de la maison médicale, qui en représente à mon sens la base ? Je trouve également intéressante la distinction opérée entre la ligne 0,5 et la fonction 0,5. Estimez-vous qu'une maison médicale correctement subventionnée pourrait vraiment prendre en charge cette fonction 0,5 et éviter ainsi de créer tout un système en parallèle ? Cette contradiction me paraît également intéressante et je trouve qu'il était utile de la signaler.

M. Ahmed Mouhssin (Ecolo). - Je salue le travail qui a été réalisé. Il regorge d'idées vraiment intéressantes, comme celle de libérer l'innovation sociale pour essayer de nouvelles choses dont on sait qu'elles peuvent fonctionner, mais qui seraient peut-être recalées lors du dépôt d'un dossier.

Ayant suivi des contrats de quartier, je sais à quel point ce processus a fonctionné à un moment donné, et à quel point l'institutionnalisation de la participation citoyenne fait débat. Comment celle-ci peut-elle encore représenter l'ensemble des citoyens à partir du moment où elle est institutionnalisée ?

Vous évoquiez également le fait de coller à la réalité plutôt qu'au texte. Notre travail sera de faire en sorte que les textes collent à la réalité.

Enfin, vous avez débattu longuement de la territorialité. Je me souviens de l'aphorisme « la carte n'est pas le territoire ». Établir des cartes, avec des chiffres, c'est simple ; mais cela ne reflète pas la complexité d'un territoire. Bref, de beaux défis nous attendent.

Mme Farida Tahar (Ecolo). - Je voudrais vous remercier, Madame la présidente, pour l'organisation de cette réunion qui était importante pour les députés que nous sommes. Je souhaite aussi remercier les trois intervenants, dont nous ne manquerons pas de suivre toutes les recommandations. Monsieur le ministre, nous reviendrons vers vous, le cas échéant.

M. Christophe De Beukelaer (cdH). - Je n'ai rien à ajouter. J'ai reçu des réponses à toutes mes observations.

M. Alain Willaert, coordinateur du CBCS. - Je souhaite encore enfoncer un clou concernant les Etats généraux social-santé. Les groupes de travail, dont nous recevons les conclusions et les notes de synthèse très bientôt, ne sont, pour nous, qu'une partie de ces Etats généraux. Des experts se sont réunis autour de thématiques qui vont aider le Gouvernement à écrire sa première mouture de Plan Social Santé Intégré.

Ce sont toutefois les travailleurs de première ligne qui devront l'appliquer sur le terrain. Et pour qu'il soit réellement appliqué, les travailleurs vont devoir se l'approprier. Des Etats généraux devront être organisés à cet effet. Bien entendu, nous souhaitons la fin de cette pandémie, pour pouvoir organiser de grands groupes de travail en présentiel. Cela faciliterait grandement les choses. Mais faire fi de cette étape sous prétexte de mesures sanitaires mettrait en danger la bonne application des futurs textes.

Je suis optimiste, dans la mesure où nous avons déjà comparé, avec Brusano, le service d'appui et d'orientation pour les professionnels de la santé et du social de première ligne de la Commission communautaire commune, notre note de vision avec son plan stratégique à cinq ans. Les différences tiennent sur une page A4 !

Dans les grandes lignes, nous sommes d'accord et nous pourrions réellement bien travailler ensemble. Néanmoins, je pense que les services de première ligne devront s'approprier cette thématique, afin que sa gestion ne reste pas uniquement aux mains des fédérations, de l'interfédération, du Gouvernement et du Parlement.

M. Jacques Moriau, chercheur au CBCS. - Pour répondre à cette question centrale du territoire, je pense que, dans un premier temps, nous disposons de tout le nécessaire.

Nous l'avons observé pour les CLSS : l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale et perspective.brussels ont produit des prédiagnostics relatifs aux différents quartiers identifiés. Le groupe de travail « territoire » auquel Alain faisait référence tout à l'heure dans Care in the city jouit de compétences suffisantes pour avancer sur ce dossier et proposer une première découpe à l'ensemble des opérateurs. Il conviendra dans un second temps d'en négocier les termes quartier par quartier, pour s'accorder sur les zones dont il est question. Ces décisions dépendent en partie de l'expérience des services de terrain, mais déterminer une frontière relève toujours d'un acte politique. Nous ne pourrions agir de manière exhaustive et serons toujours un peu à côté de la plaque, mais, à un moment donné, il faut trancher et attribuer tel rassemblement à tel territoire.

Nous avons été très attentifs, à l'IFA, à éviter qu'un seul secteur ne « prenne le pouvoir » sur l'offre de base. Sachant la dynamique qui anime les opérateurs de première ligne, nous commettrions une grosse erreur en décidant de concentrer toute l'offre minimale dans une maison médicale. D'expérience, je pense que cela ressemblerait à une déclaration de guerre. Le fait que ces secteurs existent, avec des cultures, des attentions à des

problématiques et des expertises particulières est positif et valorisable.

Il faut vraiment travailler sur la relation entre les différents opérateurs pour qu'elle soit la plus efficace, la plus dense et la meilleure possible. Il faut éviter que des décisions prises en haut lieu ne fassent d'un de ces opérateurs le récipiendaire de l'offre de base. Il faut prêter attention à cet aspect dans les contrats locaux également. La place accordée au CPAS pose problème. Certes, le CPAS a de bonnes raisons d'être le coordinateur des contrats locaux, mais il ne doit pas pour autant devenir le maître des contrats locaux.

De fait, il faut absolument éviter l'institutionnalisation de la participation. C'est un grand défi, mais si nous en sommes conscients et mettons en place les outils nécessaires pour cultiver la participation, nous pourrons le relever. Mais là aussi, cela implique un changement de paradigme.

Mme la présidente.- Merci à toutes et à tous pour ce débat intéressant qui incite à la réflexion. Lorsque nous serons au cœur des discussions en commission – tant en Commission communautaire française qu'en Commission communautaire commune –, nous devons nous inspirer du débat mené aujourd'hui et de ceux que nous mènerons

prochainement sur la base des rapports des différents conseils consultatifs.

CLÔTURE

Mesdames et Messieurs, l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Prochaine réunion, sur convocation.

La séance est levée à 16h25.

Membres du Parlement présents à la réunion : Leila Agic, Latifa Aït-Baala, Martin Casier, Delphine Chabbert, Christophe De Beukelaer, Ariane de Lobkowicz-d'Ursel, Isabelle Emmery, Jamal Ikazban, Véronique Jamouille, Gladys Kazadi, Stéphanie Koplowicz, Fadila Laanan, Marc Loewenstein, Ahmed Mouhssin, Isabelle Pauthier, Magali Plovie, Calvin Soiresse Njall, Farida Tahar, Gaëtan Van Goidsenhoven, Michael Vossaert et David Weytsman.

Membre du Gouvernement présent à la réunion : Alain Maron.

